NUEVAS RUTAS TERAPÉUTICAS

RESUMEN DE MOVIMIENTOS ENERGÉTICOS Y OCULARES

JUAN CARLOS MARTÍNEZ BERNAL

Juan Carlos Martínez Bernal

NUEVAS RUTAS TERAPÉUTICAS

Resumen de Movimientos Energéticos y Oculares

Nuevas rutas terapéuticas. Resumen de Movimientos Energéticos y Oculares.

Juan Carlos Martínez Bernal

Derechos Reservados en Safe Creative

No. De Registro: 2311206159231

Publicación independiente

Versión tapa blanda, noviembre 2023

Crédito de algunas imágenes: pixabay.com

Cómo citar este libro:

Martínez-Bernal, Juan Carlos (2023). "Nuevas rutas terapéuticas. Resumen de Movimientos Energéticos y Oculares". Publicación independiente.

¿Conoces la información dura en contra y a favor de EMDR y PNL? (Cap. 15, 24 y 25)

¿Sabes cómo enriquecen tu terapia MEMI y IEMT? (Cap. 16 y 17)

¿Cuáles son 20 señales reflejas que te indican Cambios terapéuticos? (Cap. 12)

¿Para qué y cómo es importante manejar la Disociación terapéutica? (Cap. 8)

¿Sabes cómo usar en terapia las miradas periféricas? (Cap. 1 y 2)

¿Cómo instalar o desinstalar creencias en 6 terapias de movimientos oculares? (Cap. 19)

¿Quieres conocer 6 *tips* para conectar rápidamente los sentimientos? (Cap. 23)

¿Cuáles son las mejores Investigaciones y evidencias sobre las terapias de movimientos oculares y sus mecanismos de acción? (Cap. 24 y 25)

¿Sabes cómo sacar provecho terapéutico del Campo visual y la Pantalla mental? (Cap. 10 y 11)

¿Sabes usar las Escalas Subjetivas en tus procesos terapéuticos? (Cap. 5)

¿Propiocepción y Mindfulness una gran clave terapéutica? (Cap. 20)

¿Sabías que frotar las manos o aplicar tapping produce piezoelectricidad?

¿Cuál es el estatus en 2023 de la Psicología Energética?

¿Deseas saber 30 maneras de estimular los acupuntos?

¿Por qué los mecanorreceptores son tan importantes en las técnicas energéticas y dónde se localizan?

¿Cuáles son las investigaciones científicas más importantes en las técnicas energéticas?

¿Qué tan cierto es que nuestro corazón es electromagnético?

¿Qué tanto se ha estudiado y encontrado en las investigaciones sobre la energía que sustenta la acupuntura y los chakras?

¿Es eléctrico el cuerpo humano, y por qué?

¿Las técnicas energéticas son terapias basadas en evidencia o en creencia?

¿Conoces los detalles del descubrimiento de nuestro cuerpo magnético que realizó una doctora mexicana?

¿Quieres conocer los más de 100 recursos prácticos que comparto?

"Nuestra discrepancia, que exponemos con absoluta honestidad, no se refiere a la práctica ni a los resultados (de la Psicología Energética), sino a las explicaciones que se ensayan para fundamentarlos.

Confirmando de manera contundente la opinión de los expertos, el 100% de las investigaciones que actualmente se llevan a cabo en todo el mundo para dilucidar los mecanismos de la acupuntura, lo hacen sobre los ***mecanismos neurofisiológicos*** *involucrados".*

Joaquin Andrade

¿Psicología Energética?
Resultados rápidos, aceptación lenta.
Paulatinamente, de la creencia a la evidencia.

Juan Carlos Martínez Bernal, 2023

"*La ciencia no se define por su tema.*

La ciencia se define por su método.
Tú puedes investigar lo que tú quieras, bien o mal.
Si lo investigas bien, estás haciendo ciencia,
si lo investigas mal estás haciendo charlatanería,
por lo tanto, no hay conflicto ni oposición
entre la ciencia y mis temas de investigación".
Jacobo Grinberg

"*Lo que necesitamos en primer lugar*
es saber si funciona o no
y luego obviamente ya a la par saber por qué funciona,
por tanto, que nadie descalifique el EMDR
porque no sepamos del todo por qué funciona,
hay muchos medicamentos que no sabemos
por qué funcionan
y muchas terapias psicológicas
que no sabemos por qué funcionan bien".
Miguel Ángel Santed

"Nuestros ojos y otros sentidos perciben solo una pequeña fracción de nuestra existencia física. Si, por ejemplo, todo el espectro electromagnético, que incluye cosas como ondas de radio, microondas, infrarrojos, ultravioleta, rayos X, rayos gamma y más, se extendiera por 3,000 millas desde Los Ángeles hasta Nueva York, nuestros ojos solo detectarían una cantidad igual a la longitud de uno de nuestros brazos. Esa cantidad se llama espectro visible, pero debería llamarse... ¡la ridículamente pequeña cantidad de lo que pensamos que es la realidad! Todo el resto (99,99999%) se pierde de nuestra conciencia cotidiana. Primero, Albert Einstein nos dijo a principios del siglo XX que todo, incluido nuestro cuerpo, estaba hecho de energía. Ese fue otro descubrimiento "fuera de nuestros sentidos" porque nuestros sentidos nos dicen que somos formas sólidas, no paquetes de energía vibrante".

Gary Craig, 2019

Dedicatoria

A los gigantes de la terapia
que me inspiraron con sus descubrimientos
y son mencionados en este libro.

A la Fuente que me permite este don
para comunicar nuevas rutas.

A mis consultantes, familiares, amistades
y a mis lectores que,
sin todos ellos, no existiría este libro.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN…… ..

INTRODUCCIÓN…… ..9

1.- MIRADAS PERIFÉRICAS……...17

2.- MOVIMIENTOS OCULARES Y BINOCULARES……...27

3.- EL REFLEJO OJO-CORAZÓN……41

4.- ZONAS, SERES Y OBJETOS DE SEGURIDAD……..…53

5.- ESCALAS SUBJETIVAS……..…61

6.- UN MUNDO EN CADA OJO……..…67

7.- INTEGRAR LOS HEMISFERIOS Y LA TRIUNIDAD…..77

8.- ¿DISOCIADO, ASOCIADO O INTEGRADO?……..89

9.- TRABAJAR SUBMODALIDADES VISUALES……..…121

10.- CUADRANTES DEL CAMPO VISUAL……..…137

11.- LA PANTALLA MENTAL……..149

12.- OBSERVAR SEÑALES REFLEJAS……155

13.- TERAPIAS SILENCIOSAS Y ENCUBIERTAS……...163

14.- BRAINSPOTTS: MIRADAS INCONSCIENTES……171

15.- LAS CLAVES DE EMDR……..181

16.- LAS CLAVES EN EMI Y IEMT……..209

17.- LAS CLAVES DE MEMI……235

18.-LA NECESIDAD Y LA INTENCIÓN POSITIVA…..281

19.- INSTALAR Y DESINSTALAR CREENCIAS……..289

20.- PROPIOCEPCIÓN Y MINDFULNESS; AQUÍ, AHORA Y EN MÍ……301
21.- LA TEORÍA POLIVAGAL EN POCAS PALABRAS ……315
22.- CÓMO SUCEDEN LOS CAMBIOS TERAPÉUTICOS……329
23.- PARA QUE UNA SESIÓN SEA EXITOSA……337
24.- MECANISMOS DE ACCIÓN EN TERAPIAS OCULARES……355
25.- TERAPIAS DE MOVIMIENTOS OCULARES BASADAS EN EVIDENCIA CONTROVERTIDA……365
26.-CONCLUSIONES……397
27.-GIROS ENERGÉTICOS……399
28.- PSICOLOGÍA ENERGÉTICA……415
29.-SENSACIÓN-SENTIDA DE GENDLIN……425
30.-REFLEJOS NEUROVASCULARES Y NEUROLINFÁTICOS ……435
31.- DESORGANIZACIÓN NEUROLÓGICA……449
32.-CORAZÓN ELECTROMAGNÉTICO……463
33. EL CUERPO MAGNÉTICO Y LOS CHAKRAS…..469
34.-HAVENING EL TOQUE DE SEGURIDAD……479

35.-RESPIRA POR LA NARIZ.....485

36.-RETENER PARA ACELERAR ENERGÍA.....497

37. LOS ACUPUNTOS.....507

38- LOS MERIDIANOS.....543

39. DEL EFT CLÁSICO AL EFT CLÍNICO.....555

40. VARIANTES DE EFT.....575

41. TTT.....611

42. WHEE: HÍBRIDO HOLÍSTICO.....635

43.- EL MANEJO ENERGÉTICO DE EMOCIONES....647

44.-TESTS KINESIOLÓGICOS.....671

45.-INTERACCIONES ENERGÉTICAS.....687

46.- SINERGIA, DISTRACCIÓN Y MULTISENSORIALIDAD

..... 697

47.- TRABAJAR ENERGÉTICAMENTE LAS PARTES Y EL

ALMA.....731

48.- MECANISMOS DE ACCIÓN EN TERAPIAS

ENERGÉTICAS.....739

49.- TERAPIAS DE MOVIMIENTOS ENERGÉTICOS

BASADAS EN EVIDENCIA ¿CONTROVERTIDA?....767

50..- CONCLUSIONES.....801

GLOSARIO.....811

ACERCA DEL AUTOR.....825

INTRODUCCIÓN

"Hasta agosto de 2023, se han publicado más de 88 ensayos controlados aleatorios, más de 88 estudios de resultados previos y posteriores, 6 metanálisis y 10 revisiones sistemáticas sobre métodos de Psicología Energética (EP) en revistas revisadas por pares de habla inglesa. Además, se han publicado más de 100 estudios de investigación en revistas no inglesas. Estas modalidades han sido investigadas por más de 200 investigadores en más de 12 países."

(ACEP, agosto 2023).

Esta obra es un resumen de los dos volúmenes de ***Nuevas Rutas Terapéuticas,*** llamados Movimientos Oculares y Movimientos Energéticos.

Los dos volúmenes fueron un doble proyecto ambicioso de mi parte que tardé más de año y medio en concluir (de enero 2022 a septiembre 2023). Se trata de dos libros que filtran la calidad de las experiencias, intuiciones, casos y refinamientos de técnicas terapéuticas que he aplicado y revisado en los últimos tres años. Es decir, la mayor parte de lo que aquí leerás no está en mis otros libros.

Han sido redescubrimientos y capturas de nuevas variantes y claves de técnicas terapéuticas de movimientos oculares y de movimientos energéticos, procurando en estos libros brindarlos acompañados de casos.

La ruta de este río imparable se abrió en varias vertientes que desembocaron en un mar de integración que ha enriquecido mi repertorio de herramientas para acompañar y facilitar los procesos terapéuticos de cientos de consultantes, tanto de manera individual como grupal, principalmente dentro de un Centro penitenciario de mediana-máxima seguridad, trabajando bajo presión, aunque también he atendido varios casos en ámbito particular.

Este par de libros está dirigido principalmente a psicólogos y terapeutas interesados en este tipo de técnicas. Mi propósito es que aprendas nuevas maneras o rutas para facilitar las técnicas terapéuticas que se muestran en las siguientes páginas.

Estas obras están escritas con una combinación de lenguaje sencillo y técnico, tal como redacté el libro '*Teoría Polivagal Práctica y Terapia*', ¿te acuerdas? Me encanta resumir lo complejo a palabras sencillas. Me gusta mostrar *tips* y claves que pocos o nadie comparte por escrito. Lo hago desde la ruta que inicié en 1993 con la bandera de psicólogo, para luego experimentar la Terapia Gestalt, las Constelaciones Familiares y dedicar los últimos 15 años a experimentar y prepararme en la facilitación de técnicas relacionadas con los movimientos oculares y energéticos.

El Volumen 1 aborda la temática de los **movimientos oculares**, desde su abordaje en la PNL hasta llegar a los *brainspots*, pasando por la Visión Periférica, EMI, VCT, EMDR y otras plataformas de terapia basadas de alguna manera en esos movimientos de los ojos.

El Volumen 2 se centra en los ***movimientos energéticos***, principalmente desde el ángulo de la Psicología Energética. Te presento profundidades y claves de técnicas energéticas, de una

manera que no lo había abordado antes, y variantes de las técnicas que tampoco encontrarás en ningún otro libro.

En efecto, por si lo estás pensando o preguntando, ambos volúmenes se complementan en el conocimiento y en la práctica. Yo los integro a mis sesiones y espero que tú integres a tu estilo y de alguna manera lo que consideres importante de lo que te comparto.

Hacía falta en España y Latinoamérica libros que abordaran estas temáticas ***de manera clara y fundamentada*** como lo hace aquí el autor. Sí, existen otros libros con algunos de estos temas, pero no están fundamentados con referencias o están en idioma inglés.

Afortunadamente, desde hace dos décadas he tenido acceso a cientos de libros y artículos de investigaciones, tanto en inglés como en español y otros idiomas sobre temas terapéuticos de movimientos oculares y movimientos energéticos.

Por otra parte, es importante mencionar que formo parte de un grupo de Whatsapp donde coincidimos varios psicólogos de diferentes generaciones de la Facultad de Psicología de la universidad de Colima. ¿Y? Es que, en una ocasión, surgió un breve debate sobre las "terapias alternativas" dentro del ejercicio de la psicoterapia y la psicología. Por su relevancia, me gustaría compartir el intercambio de argumentos. En negritas están los argumentos y preguntas de los que critican o rechazan estas "terapias alternativas".

***¿Las Constelaciones Familiares son eficaces, en qué porcentaje?**

Mi respuesta: Si te guías por porcentajes pues solamente haz lo cognitivo-conductual, y te perderás de buena parte del pastel y de la fiesta. Los enfoques terapéuticos fenomenológicos, humanistas, existenciales y transpersonales no tienen tantas investigaciones de porcentajes como lo cognitivo-conductual, ¿por qué? Porque aquellas terapias se basan más en la interacción terapeuta -consultante, no en el

llenado de cuestionarios o pruebas estandarizadas, y dichas interacciones son más complicadas de demostrar objetiva o estadísticamente, aunque sean resultados significativos desde lo cualitativo.

***Danos un adelanto de lo que vas a publicar sobre si hay o no investigaciones sobre Constelaciones Familiares, para ir viendo.**

En mi respuesta, proporcioné una buena parte de lo que escribí en el capítulo de este libro las investigaciones de las terapias de movimientos energéticos, acompañada de 100 referencias sobre investigaciones de las Constelaciones Familiares.

***Parece que usaste la IA para hacer ese escrito sobre las Constelaciones Familiares.**

Mi respuesta: Llevo varios años buscando fuentes serias de artículos sobre investigaciones serias que fundamenten la Psicología Energética, las Constelaciones Familiares, las terapias de movimientos oculares y otras que catalogan como “alternativas”. Ahí están varios libros míos donde las menciono y fundamento, desde el 2019.

***Hablando de las "terapias alternativas ". ¿Hasta qué punto se vale aplicarlas y usando la cédula profesional como Psicólogo...?**

Si dichos personajes son psicólogos y les interesan sus pacientes, clientes, usuarios o consultantes, como les quieran llamar, en realidad les interesan, sería pertinente que se formaran en enfoques basados en evidencia y no hacer prácticas "milenarias". No estoy en contra de que las practiquen, pero sí de que sean usadas como herramientas psicoterapéuticas.

Mi respuesta: Respecto al tema de lo "alternativo" hay dos grandes temas que veo: uno es el de comprobar la seriedad de esas terapias "alternativas" y otro es el de la preparación de tos psicólogos en esas terapias. Hay terapias que tienen

fundamentos, investigaciones y están avanzando en demostrar su efectividad (varias de esas las menciono yo en mis libros) pero hay otras que ni yo las defiendo y obviamente son disparatadas, peligrosas o extremas: angelología, ayahuasca, hongos y peyote, iridología, etc.

TFT y IFS fueron registradas en el SAMHSA de Estados Unidos de América como terapias basadas en evidencia. EFT y EMDR tienen decenas de investigaciones ECA (Estudios Controlados Aleatorios) y varios metaanálisis, publicados en revistas médicas y psicológicas, además de haber sido reconocidos por la APA (Asociación Psicológica Americana), a pesar de que sus marcos teóricos siguen generando controversia.

***Cada vez se hace más fehaciente la necesidad de que exista una barra de psicólogos que se encargue de avalar, certificar y verificar que quienes tengan una cédula profesional como psicólogo su desempeño sea ético, profesional y sustentado con las competencias adecuadas a la maestría o especialidad que certifique el modelo terapéutico.**

Puedes aplicar técnicas de chamán, siempre y cuando los chamanes certifiquen que lo eres; puedes hacer brujerías, siempre y cuando los brujos avalen que lo eres; pero no se vale que si eres psicólogo hagas chamanerías o brujerías; o si eres chamán le hagas al psicólogo o al brujo.

Mi respuesta: De acuerdo en que exista un colegiado de psicólogos —y psicoterapeutas diversos— que se encarguen de vigilar el ejercicio de psicólogos y psicoterapeutas en cuanto a su preparación académica y uso de la ética.

En Colima, México, el presidente del Colegio de Psicólogos de este estado intentó demandar penalmente a una psicoterapeuta en 2022 porque recibió quejas de que realizaba cursos de Ayahuasca para menores de edad. Supe que no procedió la demanda porque aún hay vacíos legales para ejercer acciones de esta índole.

Aunque ha habido resultados sorprendentes en las terapias alternativas milenarias, eso se debe al placebo.

Mi respuesta: Se han hecho más de 80 investigaciones ***ECA (Estudios Controlados Aleatorios),*** la prueba reina de la ciencia, en varios métodos de psicología Energética, así como varios metaanálisis y revisiones sistemáticas. No me vengan con que esos resultados favorables también son por el efecto placebo. Se puede tapar el sol con un dedo… cuando se juega a la miopía y no se quieren ver las abundantes evidencias. En este libro se presentan links a varias investigaciones ECA. Mientras tanto, el placebo seguirá presentándose en todo tipo de terapias.

1997: Los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América finalmente dieron luz verde a la **acupuntura** como tratamiento para el dolor y las náuseas. Desde entonces, esta terapia del sistema de energía de meridianos se puede utilizar en entornos clínicos convencionales, como hospitales para veteranos, y es reembolsable por Medicare y otros sistemas convencionales de prestación de atención médica.

2003: El primer estudio de **EFT** publicado en una revista revisada por pares, fue realizado por un equipo de investigación dirigido por Steve Wells, un psicoterapeuta australiano (Wells, Polglase, Andrews, Carrington y Baker, 2003), siendo un estudio ECA.

2012: La réplica ECA de Salas, Brooks y Rowe (2011) al estudio de 2003 impulsó entonces a la APA a aprobar el otorgamiento de créditos de educación continua para que los psicólogos estudien tapping. EFT fue considerado por la APA (Asociación Psicológica Americana) como "***probablemente eficaz***", de acuerdo al metaanálisis de 51 investigaciones

publicadas hasta ese entonces, 18 de las cuales eran RCTs o estudios controlados aleatorizados (Feinstein, 2012).

2021: EFT fue aprobado por la APA para ser revisado en busca de trauma y TEPT e inclusión probable en la lista de tratamientos psicológicos basados en la evidencia.

2022: EFT está bajo revisión con la APA por su efectividad para el trauma y el trastorno de estrés postraumático (según los criterios actuales de la APA).

2023: La segunda semana de agosto 2023 es histórica para EFT. Peta Stapleton (2023) lideró la presentación a la **Asociación Americana de Psicología (APA)** para que EFT para el *Trastorno de Estrés Postraumático* (TEPT) sea aceptado como basado en la evidencia. El primer paso fue actualizar la revisión sistemática y el metanálisis de 2017, y esto se publicó la segunda semana de agosto 2023 en *Frontiers In Psychology*, una revista Q1 (*las revistas Q1 son las revistas profesionales de mayor rango en una categoría o campo en particular. Representan el 25% de las principales revistas según su factor de impacto de citas. El factor de impacto de citas es una medida de la frecuencia con la que otros investigadores citan los artículos de una revista en particular*).

Algunos aspectos destacados de la revisión:

Tanto las intervenciones psicológicas como las farmacológicas están disponibles para tratar el PTSD. Se ha demostrado que las terapias cognitivas y de exposición son eficaces. La literatura actual revela pruebas sólidas de que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una intervención segura y eficaz para el TEPT agudo y crónico después de una variedad de experiencias traumáticas en adultos, niños y adolescentes.

Sin embargo, la falta de respuesta a la TCC por TEPT puede llegar al 50 %. Una revisión de 36 ECA encontró que

dos tercios del personal militar o los veteranos tratados por TEPT aún cumplían con los criterios de diagnóstico para TEPT después del procesamiento cognitivo y la exposición prolongada. Si bien los tratamientos farmacológicos reducen los síntomas, la recaída es común al suspender el tratamiento.

Más de 13.000 estudios y más de 2.500 revisiones de acupuntura y acupresión aparecen en la literatura. De las 122 afecciones médicas y psiquiátricas revisadas en 14 áreas clínicas amplias, la investigación apoyó la efectividad de la acupuntura para 117 de ellas, y la evidencia de 46 fue de "calidad moderada

o alta". Solo cinco de las 122 condiciones fueron calificadas como “sin evidencia de efecto”.

Un creciente cuerpo de investigación sugiere que los efectos para el TEPT, la ansiedad y la depresión son sólidos, y que las ganancias de los participantes se mantienen en el seguimiento a largo plazo.

La revisión actualizada actual demuestra que la *EFT Clínica* produce una mayor reducción de los síntomas del TEPT que los grupos de control en lista de espera o de "tratamiento habitual", reducciones de los síntomas similares a otras terapias basadas en la evidencia (específicamente EMDR y TCC), y una reducción significativa, con grandes efectos del tratamiento (1,88).

Esa revisión y un informe posterior la enviaron a la APA en marzo 2023 Stapleton y colaboradores; esperándose pronto la respuesta de la Asociación Americana de Psicología.

Bienvenido a estas rutas. Un abrazo, Juan Carlos.

Manzanillo, Colima, 2023

Referencias

ACEP (Association for Comprehensive Energy Psychology): https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7

Feinstein, David (2012). Apa Updates Its Position on Energy Psychology. Texto completo en inglés: https://pdfs.semanticscholar.org/2c61/ec75e649f0422fb811eae815c66f72c293ee.pdf

Lambrou, Peter y Pratt, George (2000). Instant Emotional Healing. Acupressure for Emotions. Random House, Inc.

Salas MM, Brooks AJ, Rowe JE. The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: a pilot study. Explore (NY). 2011 May-Jun;7(3):155-61. doi: 10.1016/j.explore.2011.02.005.

Stapleton, P., Kip, K., Church, D., Toussaint, L., Footman, J., Ballantyne, P., and O’Keefe, T. (2023). Emotional freedom techniques for treating post traumatic stress disorder: an updated systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 14, 2023. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1195286.

Stapleton, Peta (2022). La ciencia detrás del tapping 2022: https://www.petastapleton.com/science-of-tapping-2022

Wells S.; Polglase, K.; Andrews, H.; Carrington, P.; y Baker, H. (2003). Evaluation of a meridian-based intervention, Emotional Freedom Techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. J Clin Psychol . 2003 Sep;59(9):943-66. DOI: 10.1002/jclp.10189

1.- MIRADAS PERIFÉRICAS

La visión periférica ha sido menos estudiada que la visión central/focal. Se le presta menos atención, muchas veces se desconocen sus ventajas y desventajas. Y en el ámbito psicoterapéutico esto no es la excepción, incluso en las terapias que de alguna manera se basan en el sistema visual.

Visión periférica es la capacidad de ver cosas que no están en el centro de tu campo visual, es decir, lo que está en tu derredor o periferia.

En la época del hombre primitivo, la visión periférica se encontraba altamente desarrollada, ya que era un mecanismo de supervivencia que permitía detectar peligros y oportunidades. De hecho, la visión periférica sigue siendo vital en tareas como la conducción de vehículos, la práctica de algunos deportes y la lectura del lenguaje corporal.

Desarrollo en la niñez

La visión periférica se desarrolla a lo largo de la vida. Los niños hasta los 6-7 años poseen lo que se denomina visión tubular o de túnel, su campo visual es muy estrecho y no son capaces de captar los estímulos más periféricos. Por esto, las actividades físicas y pre-deportivas con ellos deben programarse teniendo en cuenta esta situación.

Si sostienes un cono de helado frente a la cara de un niño normal, se crea una fiesta en el cerebro. La actividad cerebral de ese niño se vuelve loca y no ve nada a la izquierda ni a la derecha, sólo ve lo que tiene delante.

*Lo que algunos no saben es que, con un niño con **autismo**, el cerebro hace una fiesta cuando el niño ve cosas fuera de su visión periférica.*

Los estudios centrados en la actividad cerebral han demostrado que la cantidad de actividad cerebral elevada que tiene un niño normal cuando ve algo en su visión central es la misma cantidad de actividad cerebral elevada que tiene un niño con autismo cuando ve algo periféricamente.

Los padres procuran que el niño ponga la cara en *visión central* para que nos mire. La mayoría de los niños autistas girarán el cuello y la cara para mirarte, pero sus ojos vagarán por la visión periférica. ¿Por qué? *No siempre es porque el niño esté evitando el contacto visual, sino porque el cerebro autista ve mejor en la periferia que en el centro* (Rohan, 2021).

Investigaciones

En la investigación de G. Santana, N. Sainz de la Torre (1998) se pudo conocer que los colores que favorecieron la visión periférica fueron el blanco y el amarillo, mientras que el verde alcanzaba los peores valores, con diferencias estadísticamente significativas muy grandes.

«Cada uno tiene su propio patrón de sensibilidad, con islas de mala visión y otras regiones de buena visión», señaló John Greenwood, del *University College de Londres* y autor principal del estudio. Comprender que la visión periférica varía podría ser especialmente útil cuando se conduce un auto y evitar accidentes.

Con los resultados de su investigación, Gordon y Loffler (2015) abren la posibilidad de que el campo visual inferior haya sido privilegiado evolutivamente, pues suponía una ventaja distinguir mejor las formas en la zona en la que tenemos las manos y manejamos los objetos y por la que nos pueden venir los peligros cuando caminamos (es menos frecuente que nos vengan de la parte superior, por ejemplo, y comparable con los laterales). Pero los sujetos no distinguían mejor las caras en el campo visual inferior. Cuando miramos la cara de una persona lo hacemos empleando nuestra zona de mayor nitidez (la fóvea, donde se concentran también los *conos*) pero quizá es también importante apreciar esta información a través de la visión periférica. En las pruebas realizadas por Gordon y Loffler descubrieron que los sujetos no eran capaces de distinguir mejor las caras en la zona inferior del campo visual, como sí sucedía con las formas, lo que los lleva a pensar que quizá no supuso una ventaja evolutiva tener esta información, dado que las relaciones sociales suelen ser cara a cara.

Los investigadores escoceses concluyen que distinguir con mayor precisión la forma de los objetos en la parte inferior

del campo visual pudo ser una ventaja evolutiva que ha llegado hasta nosotros. Aun así, consideran que ver lo que estábamos manejando o pisando mientras teníamos nuestros ojos puestos en la presa o en el potencial depredador nos pudo ayudar a sobrevivir.

Aplicaciones

La visión periférica se puede aplicar en muchos ámbitos de tu día a día, pero sobre todo está presente en la lectura, la escritura, la conducción de vehículos, los malabares, las actividades nocturnas, los deportes como el fútbol —piensa en esos grandes jugadores como Messi, Ronaldinho, entre otros—, tenis, ciclismo, el baloncesto, el ajedrez y las artes marciales —Bruce Lee la aplicaba cuando combatía con varios a la vez—. Si te fijas en un equilibrista, no les hace falta mirar fijamente los malabares para conocer su trayectoria.

Percibir el campo visual en toda su amplitud es posible gracias a la labor de las *neuronas bastones*, cerca de 120 millones de células fotorreceptoras muy especializadas que hay en la retina periférica y que se ocupan de la visión periférica y nocturna. Por lo tanto, en momentos que requieren alta concentración y adelantarse a situaciones que no dependen de nosotros mismos es fundamental este tipo de visión como en el caso de la conducción, especialmente de noche, en el coche o en la práctica de muchos deportes.

Los seres humanos son principalmente funcionales con la luz del día —diurnos—, y los animales que son más funcionales nocturnos —búhos, gatos, murciélagos, etc.— tienen muchos más *bastones* (responsables de que percibamos la luminosidad) que *conos* (responsables de la percepción del color). Por la noche, los humanos no disponemos de los *conos* que detallan los colores. Por consiguiente, no tenemos acceso a la información sobre el color, ya que solo están activos los *bastones*, y por eso lo vemos todo gris.

Si eliminas conscientemente la visión periférica podrás funcionar limitadamente a observar algo muy concreto, sin embargo, la mayor parte de tus acciones resentirán esto y

empezarás a tener movimientos torpes, inseguridad, tu equilibrio disminuirá, etcétera. Inténtalo por un minuto al observar todo a través de un tubo de papel o de cartón de un diámetro de circunferencia de unos 10 o 15 centímetros. A eso es lo que se le llama visión central, focal o de túnel.

La visión periférica se ha descrito como una capacidad entrenable (Knudson y Kluka, 1997) que depende en gran medida de la estimulación que reciba una persona y de las actividades que realice habitualmente en su vida cotidiana. Por ello, cobra especial importancia durante el crecimiento la realización de actividades que puedan potenciar este entrenamiento, como puede suceder en la práctica de diferentes deportes de equipo que, además de desarrollar coordinación y otras habilidades físicas, también influyan en un desarrollo visual. Cuando hablamos de la conducción, una mayor sensibilidad puede suponer una anticipación a una situación de riesgo y potencialmente peligrosa.

La visión periférica/ambiental es crucial para definir nuestro propio esquema corporal, ayuda al equilibrio y a la visión de nuestro mundo, además de que nos permite sobrevivir en un mundo saturado de estímulos constantes de los que nos es imposible hacer consciencia todo el tiempo.

La visión periférica, *si la ves desde el punto de vista terapéutico*, nos es útil para ***observar el lenguaje corporal***

del consultante mientras lo entrevistamos o le estamos facilitando terapia. Los grandes terapeutas han sido grandes observadores. Y esa gran observación incluye la visión periférica, la de *reojo* o por el *rabillo*. Porque mientras nos enfocamos —visión central— en su rostro, periféricamente tenemos que estar observando la postura y movimientos de sus manos y pies, el ritmo de su respiración que se nota en sus hombros y en su abdomen.

La vista: reflejos y consciencia

De acuerdo a la evidencia científica, antes de llegar a la corteza visual el impulso nervioso de las neuronas visuales tiene una conexión con el núcleo geniculado lateral (en el tálamo), de aquí puede seguir unas rutas alternativas que se ven implicadas

en los ***reflejos y funciones inconscientes visuales***. De igual manera se mantienen reflejos visuales como cuando nos agachamos, movemos o esquivamos un objeto que se dirige hacia nosotros a una gran velocidad como si nos lanzaran un balón, y sin saber exactamente qué es lo que viene hacia nosotros nos protegemos la cara y tratamos de esquivarlo. Otro reflejo que se mantendría sería el mimético o imitación de emociones, que coloquialmente se conoce como contagio emocional —por ejemplo, responder sonriendo a una sonrisa— y es inconsciente (Elizondo, 2020).

Finalmente, aunque la mayoría del tiempo la visión periférica opera de manera inconsciente y automática, podemos conscientemente entrenarla, como ya se comentó párrafos arriba en este capítulo.

Preguntan los especialistas ópticos de *Zeiss Group*: ¿Sabía que no es la *visión central* la que determina cuánto tardamos en acostumbrarnos a las lentes progresivas con rangos visuales de cerca, de lejos e intermedios, sino los cambios que se producen en la *visión periférica*?

Breviario de casos y variantes

A.- Brainspotting y lo periférico

Mientras estaba buscando en la pared el punto o zona —***brainspot***— donde conectaba con su trauma por haber sido salvajemente golpeado años atrás, Horacio notó que, mirando de *reojo* hacia el centro de la zona periférica de su izquierda detectaba una presencia que describió como una *silueta indefinida*, pero asociada con el trauma que planteó trabajar terapéuticamente. Al final de la sesión —que incluyó técnicas de psicología energética—, Horacio reportó una mejora significativa, sin aparecer ya la silueta, y comprometiéndose a venir a consulta en una semana para continuar su proceso.

En otra sesión, de reojo ubica a su izquierda en la pared una entidad blanca que lo asustó a sus 12 años edad. Ese trauma lo ubica en su pecho. Lo trabaja y desaparece el miedo en su pecho y al mirar frontal y periféricamente hacia el lado

izquierdo de su panorama. Sueños donde él los concluía diciéndole a otras personas: "*Te lo dije*". Es como cuando le hablas al río... Con la mano en su sensación sentida —nuca— se hace tapping, giros en su pantalla mental, y en los intermedios, entre cada punto energético, mira de arriba hasta abajo las frases de la pared, y en ese momento se le muestra cuál es el siguiente punto energético a estimular con tapping.

B.- En la **PNL**, las zonas superiores o altas del campo visual están asociadas al sistema de la vista, la zona media se acopla con lo auditivo, y las zonas inferiores están asociadas a lo somatosensorial del tacto, olfato, gusto y diálogos interiores, es decir, ***la zona inferior*** es la que más nos coloca en nuestra parte inconsciente, contactando sensaciones o cuando estamos en trance ensimismados.

C.- La silla vacía

En algunas ocasiones en que he facilitado el ejercicio gestáltico de ***la silla vacía*** ha habido varios consultantes que me han informado que notaron que la persona fallecida con

la que dialogaron imaginariamente en la silla había aparecido desde un lado de su visión —periféricamente— y pasó frente a ellos hasta sentarse en la silla vacía. Algunos le llamarán simple imaginación, otros dirán que son alucinaciones. Lo cierto es que, si la persona no es psicótica, yo no cuestiono la veracidad de lo que vieron, a final de cuentas incorporo esto al proceso terapéutico.

D.- La técnica de Fotolectura —PhotoReading—

Esta técnica nos sume por completo, en primer lugar, en un estado mental relajado, alerta, llamado estado de aprendizaje acelerado. En este estado, las distracciones, miedos y tensiones parecen desaparecer.

Influenciado en Ron Davis que comienza sus sesiones entrenando a sus clientes a encontrar un punto que él llama "*epicentro de la conciencia visual*" (visuo-awareness epicenter) para mejorar la lectura, Paul Scheele desarrolló la *técnica de la mandarina* para provocar ese estado de *aprendizaje acelerado*, donde también puede usarse cualquier fruta o ave. ¿A qué altura

encima de tu cabeza imaginas que está tu mandarina, fruta o pájaro?

Después ajustamos nuestra visión al estado de fotofoco. El objetivo aquí es usar nuestros ojos de una manera nueva: en lugar de enfocar cada palabra, *ablandamos los ojos para que nuestra visión periférica se expanda* y, de esta forma, nuestro campo visual abarque la página entera. En este estado de fotofoco, fotografiamos mentalmente la página entera y la exponemos a la acción del procesador preconsciente de la mente. La exposición de cada página estimula una reacción neurológica directa. El cerebro lleva a cabo su función de reconocimiento de patrones sin la interferencia de los procesos de pensamiento crítico/lógicos de la mente consciente. Inspirado en Betty Edwards (1994) mire las dos páginas de un libro abierto. Abarque todo el espacio blanco de los márgenes con una amplia mirada sin fijarse en las palabras. De repente, las páginas tienen claridad

y profundidad. En el centro de la página aparece una tercera página, redondeada y angosta.

Con el fotofoco *abrimos nuestra visión periférica de manera divergente y nos preparamos para fotografiar mentalmente páginas enteras de una sola vez*. Al hacerlo, procesamos información visual en un nivel preconsciente. La periferia de nuestro campo visual es procesada por la mente no consciente.

E.- Alberto Amador (2001) en su libro '*Guía Práctica de Gimnasia Cerebral*' proporciona dos ejercicios para estimular la visión periférica: "*Jugando al bizco"* y "*Jugando al águila"*.

F.- Figuras en la periferia

Hacer figuras como ochos gigantes, tanto horizontales como verticales, alcanzando las zonas periféricas de tu campo visual.

Simular que tus ojos son manecillas que recorren un reloj

gigante cuyos números están en la periferia del campo visual. Y el consultante los ubicará *de reojo*, con su mirada periférica.

G.- Miradas periféricas junto con otras técnicas

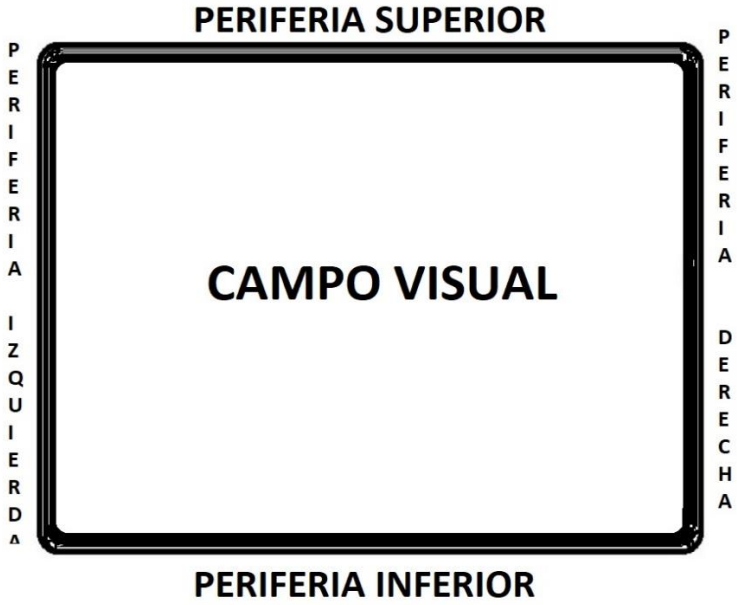
Mientras realizas miradas periféricas puedes combinar esto con estimulaciones bilaterales auditivas o táctiles.

También, puedes hacer giros en la periferia de tu campo visual, tanto en el sentido del reloj como en el sentido contrario.

Si estás trabajando con la zona del pasado y el consultante la ubica a su izquierda puedes pedirle que mire periféricamente a su izquierda. En caso de que su futuro lo ubique a su derecha, que vea periféricamente a ese lado.

En una ocasión, un consultante realizó la mirada periférica hacia su izquierda y reaccionó con miedo. Recordó

que hace años había tenido un accidente vehicular donde había recibido un choque en su lado izquierdo.



Referencias

Amador, Alberto (2001). “Guía Práctica de Gimnasia Cerebral”. España: DeBolsillo

Day, George S. y Schoemaker, Paul J.H. (2006) “Visión Periférica”. España: Deusto

Denion, E. y cols. Unique human orbital morphology compared with that of apes: Recuperado de: http://nature.com/articles/doi:10.1038/srep11528

Elizondo, José Hermilo (2020). “La visión inconsciente”. Tecnológico de Monterrey. Asesor: Dr. Jesús Eduardo Elizondo Ochoa: https://transferencia.tec.mx/2020/07/02/la-vision-inconsciente/

Gordon, Gael E y cols. Distinct lower visual field preference for object shape. Journal of Vision. 2015;15(5):18. doi: http://dx.doi.org/10.1167/15.5.18

Greenwood, John A. y Parsons, Michael J. Dissociable effects of visual crowding on the perception of color and motion. Edited by Randolph Blake, Vanderbilt University, Nashville, TN, and approved February 20, 2020, 117 (14) 8196-8202. Doi: https://doi.org/10.1073/pnas.1909011117

Las complejidades del ojo humano: del punto ciego y la mácula a la visión central (o foveal) y la visión periférica. Recuperado de:

https://www.zeiss.es/vision-care/mejor-vision/entender-la-vision/las-complejidades-del-ojo-humano-del-punto-ciego-y-la-macula-a-la-vision-central-o-foveal-y-la-vision-periferica.html

¿Qué es la visión periférica? Clinica Baviera. 5 de mayo de 2020. Recuperado de: https://www.clinicabaviera.com/blog/mundo-para-ver/sabias-que/que-es-la-vision-periferica/

Rohan, María. Cómo usar la visión periférica para mejorar la relación con tu hijo con autismo. Autism Parenting Magazine, Issue 57. Editor-in-Chief Amy Tobik. 24/09/2021: https://www.autismovivo.org/post/c%C3%B3mo-usar-la-visi%C3%B3n-perif%C3%A9rica-para-mejorar-la-relaci%C3%B3n-con-tu-hijo-con-autismo

Saínz de la Torre León, Norma. Algunas consideraciones sobre la visión periférica en los juegos deportivos. Facultad de Cultura Física Universidad "Camilo Cienfuegos". Revista Digital - Buenos Aires - Año 9 - N° 60 - Mayo de 2003:

https://efdeportes.com/efd60/vision.htm

Scheele, Paul (1996). “Photoreading. Sistema de lectura con toda la mente”. España: Urano

2.- MOVIMIENTOS OCULARES Y BINOCULARES

Ya que en este libro estaremos abordando varias técnicas asociadas a la modalidad visual y a sus diferentes submodalidades vale la pena detenernos en este capítulo para saber más al respecto.

Se calcula que, de toda la información que diariamente recibimos, entre el 60 y el 80% está proporcionada por nuestro sistema visual (Plou Campo, 2007).

Los científicos dirigidos por Lila San Roque del *Instituto Max Planck* (2015) en Alemania establecieron que la vista es el más importante en la jerarquía sensorial, tras analizar durante varios años muchas conversaciones del día a día en 13 diferentes culturas e idiomas (chino, inglés, español y algunos dialectos), y contabilizar la frecuencia con la que usamos verbos relacionados con alguno de los cinco sentidos.

Lo habitual es que le sigan en importancia el sentido del oído y el tacto, pero en algunas culturas el orden del resto de los sentidos varía. Por ejemplo, en el idioma español, la

jerarquía de los sentidos es: Vista, Oído, Gusto, Tacto y Olfato.

Cerca del 50% de nuestro cerebro se dedica a procesar lo que vemos. Esto indica que este sentido ha sido fundamental en nuestro desarrollo para lograr la supervivencia.

La visión no se da en los ojos, se da en el cerebro. De hecho, en su origen, los ojos captan los estímulos de tal manera que se proyectan invertidos, es decir, el cerebro tiene que voltear y acomodar lo que serán las imágenes que percibimos. Esto es curioso y hasta extraño para quien no lo sepa, sin embargo, así captamos la realidad.

Los ojos transmiten los impulsos nerviosos a través de neuronas llamadas conos y bastones, para después canalizarse a través del nervio óptico, el cual atraviesa todo el cerebro hasta llegar a zonas del tálamo y del lóbulo occipital, es decir, pocos se dan cuenta que la visión se "cocina" mayormente en la parte trasera de nuestro cerebro y no en la frente.

Los movimientos oculares son, como su propio nombre indica, movimientos que realiza cada ojo por separado. Estos son necesarios para poder observar tanto objetos estáticos como en movimiento. Los movimientos oculares se encuentran controlados por tres pares de músculos; estos son los rectos medial y lateral, los rectos superior e inferior y los oblicuos superior e inferior.

Utilizando la clasificación funcional de Carpenter (1991, citado por Muñoz Rodríguez, 2013), basada en atender a la funcionalidad del movimiento, los movimientos oculares se pueden dividir en tres tipos: movimientos de fijación, de mantenimiento de mirada y los de desplazamiento de esta.

Los movimientos que más nos interesan son los del desplazamiento de la mirada, que permiten pasar la atención de un objeto a otro. Y fundamentalmente son de tres tipos: sacádicos, seguimientos y vergencias.

Los movimientos de *seguimiento* están relacionados con la habilidad de seguir visualmente un objeto que se desplaza *lentamente* en el espacio.

Los movimientos sacádicos son rápidos y exploratorios, como cuando se desplazan en la terapia EMDR de F. Shapiro siguiendo los dedos del terapeuta o los brillos de los aparatos diseñados con luces bilaterales.

Cuando leemos realizamos dos movimientos, movimientos *muy rápidos* por encima del texto (sacádicos) y pequeñas paradas para leer y entender cada palabra (fijación). Aunque es importante entender que los que tienen una velocidad alta en lectura es porque aplican visión periférica, lo sepan o no. Muchas veces los problemas de lectura se ocasionan por la mala coordinación al realizar los movimientos oculares; de hecho, muchas de las dificultades de aprendizaje se esconden detrás de problemas visuales.

Convergencia: cuando la fijación cambia desde una distancia relativamente lejana a un objeto más próximo, ambos ojos *aducen* y los ejes visuales convergen entre sí. Por ejemplo, al mirar un objeto cercano. Esto lo usan en la técnica VCT (Terapia de Convergencia Visual) de Bowan.

De hecho, este autor (Bowan, 2008) investigó que una posición de mirada hacia abajo probablemente no sea la postura preferida, ya que el campo de acción de atención en los ojos reduce el papel de los músculos rectos mediales en la convergencia; y reduce aún más la efectividad de los músculos oblicuos superiores. Ambos tipos de músculos son fundamentales para los movimientos oculares convergentes, que funcionan mejor en miradas frontales.

La distancia entre el punto remoto y el punto próximo se llama recorrido de convergencia.

MIRADA CONVERGENTE O "BIZCA" DEL VCT DE BOWAN

Si se acerca demasiado un objeto seguirá enfocado pero los ojos comenzarán a desviarse a la nariz para así, que esto signifique que la convergencia cambia la dirección de las miradas de ambos ojos. Si el objeto se acerca a pocos centímetros de la cara la convergencia será menor teniendo así una visión doble.

Divergencia: ambos ojos *abducen* y los ejes visuales divergen entre sí. Por ejemplo, cuando miramos algo lejano.

Movimiento ocular rápido durante el sueño (Rapid Eye Movement, REM o MOR):

El sueño tiene 5 etapas, en la última de las cuales es cuando soñamos con imágenes y además es donde se ha investigado que ocurren movimientos oculares rápidos de manera aleatoria, aunque mayormente laterales y de arriba hacia abajo. Las otras 4 etapas se les conoce como No-REM, porque en ellas se está dormido, pero no se sueña ni hay movimientos oculares rápidos.

En algún momento, algunos autores compararon este tipo de movimientos sacádicos con los que se usan en la terapia EMDR, aunque hasta la fecha ha habido poca investigación al respecto.

Los autores de un artículo (Márquez-Ruiz y Escudero, 2008) revelan que en la fase REM los ojos convergen y rotan hacia abajo, manteniéndose así durante el sueño. Por otro lado, el estudio afirma que estos movimientos son pequeños tirones, siempre laterales.

El origen de cada movimiento REM se corresponde con la aparición de ondas eléctricas ponto-genículo-occipitales (PGO), que se registran prácticamente en la corteza visual y en la parte del tálamo relacionada con el nervio óptico, y cuyo origen y función son hoy en día todavía desconocidos.

La falta de sueño REM también se ha relacionado con enfermedades como las migrañas (NSF, 2010).

CAMPO VISUAL

Aunque el ojo humano a menudo se compara con una cámara fotográfica, el procesamiento en todo el campo visual no es homogéneo como en una cámara de película o un sensor digital. Primero, hay lagunas en la información sensorial debido a varias propiedades anatómicas del ojo: hay puntos ciegos tanto en la parte central como en las periferias del campo visual, a nivel anatómico y a nivel inconsciente. Finalmente, la visión periférica también está sujeta a una mayor incertidumbre en la localización de características y objetos (Rentschler y Treutwein, 1985; Levi y Klein, 1986).

El Campo Visual corresponde a la extensión que podemos ver sin realizar ningún movimiento ocular. Al valorar sus límites debemos distinguir entre campo visual monocular (de un solo ojo) y binocular (González de la Rosa, 1989):

Campo visual central o focal. Zona caracterizada por máxima agudeza visual, sensibilidad al contraste y las formas de rostros y objetos, así como alta resolución a los colores. Corresponde a una zona muy reducida conocida como mácula.

El campo visual focal o central está relacionado con la llamada **visión de túnel**, porque al estar concentrada la visión en un foco central se pierde la atención y la consciencia de lo que hay y ocurre en la periferia lateral o vertical. Esto también cobra relevancia en cuestiones terapéuticas como, por ejemplo, cuando Moshe Feldenkrais asegura que a un neurótico se le dificulta ver lo obvio.

Campo visual periférico o del ambiente. En esta área encontramos la denominada visión periférica, descrita como la habilidad de localizar, reconocer y responder a la información en las diferentes áreas del campo visual alrededor del objeto sobre el que se fija la atención. En la retina ***periférica***, 300 puntos periféricos se convertirán en uno solo al llegar a nuestra corteza visual, esto hace que la retina periférica sea menos sensible a los detalles finos, pero nos orienta para desplazarnos en el espacio y contribuye al sentido del equilibrio y la supervivencia al ser sensible a movimientos rápidos.

De las *neuronas conos* —más escasos en las zonas periféricas que en el foco central— se destacan dos funciones esenciales (aprendiendojuntosneuropsi, 2021):

La primera respecto al desarrollo del niño. Las investigaciones han demostrado que cada importante adquisición motora nueva (gateo, marcha, etc.) requiere un reajuste de la visión para adaptarse a las nuevas posibilidades. ¿De qué depende? de la visión periférica. La eficacia y consolidación la va a adquirir progresivamente dependiendo de la habilidad motora y las nuevas percepciones facilitadas por la visión del entorno.

El segundo aspecto se refiere a las emociones. Puesto que la expresión de una cara depende de músculos faciales profundos, si se miran de frente, mediante la visión central, pueden quedar desdibujados y ocultos por detalles sutiles, de forma que se hace realidad eso de que los árboles pueden impedir ver el bosque. Es decir, ***los pequeños detalles de la cara pueden ocultar la expresión, un conjunto que se capta mejor a partir de la codificación de los bordes de la cara, proceso del que se encarga la visión periférica, siendo esta la***

que aporta mejor información para la interpretación de las emociones.

Por lo anterior, vemos que ambos sistemas visuales —el focal y el periférico— se complementan. Por ello, el objetivo de los movimientos oculares es hacer coincidir la fóvea con el objeto de nuestro interés, en tiempo, en espacio y en foco.

Las mujeres son mejores diferenciando los colores *(Brooklyn College*, Israel Abramov 2012), mientras que los hombres gozan de una mayor percepción de los movimientos rápidos y las distancias (algo que posiblemente provenga de las funciones primitivas de cada género).

Por cierto, se ha investigado (ABC.es, 2015) que cada género aprecia mejor diferentes aspectos de la realidad. Por ejemplo, ellas aprecian más los colores y tienen un mayor ángulo de visión cercana y periférica, mientras que ellos son capaces de centrar mejor la vista en un punto lejano, concreto y fijo, lo cual resulta beneficioso para determinadas labores que requieran de concentración y orientación.

Es por ello que, aunque son menos detallistas y tienen menor ángulo de visión que ellas, los hombres son mejores en aquellas actividades que tienen relación con la utilización de las manos, la orientación y la concentración, acostumbrados desde la antigüedad a mirar en un punto concreto durante horas para alcanzar su presa. Los ojos masculinos suelen ser mayores y su apreciación se configura de acuerdo a una visión-túnel: a larga distancia y focalizada,

con mayor sensibilidad a ciertos detalles y a imágenes que cambian a gran velocidad.

Las mujeres ven mejor que los hombres cuando se requiere visión periférica. En la antigüedad, eran ellas las que se quedaban guardando el hogar y a los niños, lo que les obligaba a estar vigilantes con el fin de proteger a la prole, y posibilita que puedan estar alerta ante lo que ocurre en su entorno.

En la perspectiva de género actual, estos resultados no se pueden generalizar porque cada hombre y mujer tendrán sus

características propias, coincidiendo o no con los resultados de estos estudios.

Glosario

*__Dextro:__ Prefijo que significa *hacia la derecha*.

**__Levo:__ Prefijo que significa *hacia la izquierda*.

***__Aducción:__ Movimiento por el cual un miembro o un órgano (en este caso, un ojo) se acerca al plano medio del eje visual binocular que divide imaginariamente el cuerpo en dos partes simétricas.

****__Abducción:__ Movimiento por el cual un miembro o un órgano (en este caso, un ojo) se aleja del plano medio que divide imaginariamente el cuerpo en dos partes simétricas.

Campo visual temporal: Es el campo interno que abarca desde el eje nasal hasta el límite lateral del ojo respectivo.

Campo visual nasal: Es el campo visual que se extiende más allá de la nariz, coincidiendo con la línea media imaginaria entre los dos ojos.

Eje visual binocular: Línea imaginaria que divide en

partes iguales el campo visual, originada en medio de los dos ojos.

Eje visual monocular: Línea imaginaria originada en medio de un ojo que divide en dos partes el campo visual de dicho ojo.

Corteza visual: La corteza visual derecha recibe la información del campo visual izquierdo y la corteza visual izquierda la del campo visual derecho, estando ambas cortezas en el lóbulo occipital del cerebro, en la parte posterior de la cabeza.

Breviario de casos y variantes

A.- Terapias y campos visuales

Las terapias se apoyan en diferentes campos visuales para desarrollar sus técnicas y observaciones. Tenemos el caso de las constelaciones familiares individuales, cuyo campo visual será una tabla giratoria redonda, una mesa o un escritorio donde se coloquen las piezas que representarán a los familiares involucrados. En las constelaciones familiares tradicionales, incluyendo las del espíritu, se toma de plataforma el piso y su espacio tridimensional, donde se colocan personas como representantes familiares.

En el caso de neuroterapias como EMDR, Brainspotting, Un Ojo por Vez y otras más, el campo visual suele ser lo que esté frente al consultante, frecuentemente una pared.

Las terapias energéticas tienen como campo visual el mapa corporal de acupuntos y zonas que se estimularán de diversas maneras.

B.- En EMDR se suele decir que los movimientos oculares bilaterales rápidos destraumatizan, y que los movimientos bilaterales lentos son útiles para relajar e instalar creencias.

C.- Salomón tenía ya varios minutos narrando

experiencias de conflictos con su pareja, sin darse cuenta de sus errores. Le instruí a elaborar un tubo de papel al proporcionarle una hoja de papel bond y cinta pegable. Mira la pared a través del tubo y empezamos a dialogar sobre lo que implica la *visión de túnel* aplicada a la relación de pareja. Luego, se empieza a dar cuenta de varios errores y omisiones que ha tenido con su esposa. Este recurso lo intuí de los fundamentos de la Terapia de Impacto de Danie Beaulieu.

D.- Atendí en un parque a Osmar. Cuando observé la dirección de su mirada mientras se concentraba en su problema de pareja, éste miraba hacia un árbol seco que estaba a la derecha de su campo visual, a la altura de sus ojos, retroalimentando con él la dirección de su mirada. En esa postura y ángulo de mirada le pedí que se aplicara *tapping* en

algunos puntos energéticos de su cuerpo. Luego, le solicité que se fuera acercando gradualmente hacia el árbol, mientras continuaba el *tapping*. Una vez que llegó al árbol se le instruyeron más ejercicios como parte del proceso.

E.- Cuando tengo un consultante que usa gafas prefiero que haga los ejercicios terapéuticos sin ellas, sin importar que esto disminuya su visión ¿por qué? Porque creo que las gafas son una especie de muleta que interfiere más que ayudar al proceso terapéutico. Por otra parte, si la persona padece una enfermedad grave en los ojos —glaucoma, retinopatía diabética, entre otras— pues me asesoro con algún médico para saber si no ocasionará algún problema si se requieren movimientos oculares en la terapia.

F.- *La **mirada focal** lleva a desarrollar la ventana del estrés o visión de túnel. Por lo que los que leen mucho o están enfocados en una computadora, coche o un espacio reducido de visión de vez en cuando es conveniente hacer "gimnasia ocular" practicando su **visión periférica** en su entorno o incluso en las personas que miran. Después de la "gimnasia ocular" se sugiere también, desenfocar la mirada en el horizonte, lo que algunos llaman "soñar despierto", esto también descansa la vista y la amplía.

G.- Las experiencias de Ashaika

Alonso Ashaika (2022) comparte su experiencia de vida en la que durante varios años usó gafas por sus problemas de visión. Luego, asegura, a través de ejercicios de visión periférica, con un ojo tapado; enfocamiento cerca-lejos, palmeos y masajes en ambos párpados y alrededor de los ojos, entre otros ejercicios; así como el uso de gafas estenopeicas durante 15 minutos al día.

También, Ashaika menciona la disfunción visual que ocasiona el estar mucho tiempo enfocado en un celular o pantalla de computadora o televisor en la oficina o en el hogar, por lo que recomienda hacer esos ejercicios para recuperar una mejor visión de nuestros ojos.

Aunque es pertinente tomar en cuenta que habrá casos donde no será tan fácil un cambio, porque si la persona padece hipertensión, diabetes u otra condición médica, tendrá que recurrir a otro tipo de tratamiento más especializado, por ejemplo, con un oftalmólogo.

H.- La mirada ascendente

Fred Gallo (2005) nos orienta sobre la importancia del ojo en blanco o mirada ascendente. El ojo en blanco (desenfocado o bizco) del piso al techo es un procedimiento de relajación rápida, que recuerda el trabajo de Moshe Feldenkrais (1972, 1981). Esta técnica consiste en girar lentamente los ojos hacia arriba desde el suelo hasta el techo mientras se golpea constantemente el punto de la gama (es decir, entre los nudillos del dedo meñique y el dedo anular en el dorso de cada mano, que es el tercer punto de acupuntura en el meridiano llamado triple calentador).

Después de que un paciente ha sido tratado sobre un tema en particular, esta técnica se emplea para reducir aún más el nivel de malestar, si aún queda alguno. En una escala del 1 al 10, si el paciente está en un 2 o 3 después de haber sido tratado con una secuencia en particular, el giro de los ojos se puede usar para bajar a menudo las unidades

subjetivas de angustia a 1. Incluso si las unidades subjetivas de angustia se reducen a 1.

Las instrucciones para la mirada ascendente son las siguientes:

Ahora, usando su mano dominante, toque continuamente entre el dedo meñique y los nudillos del dedo anular en el dorso de la otra mano, manteniendo la cabeza quieta y moviendo los ojos lenta y constantemente desde el suelo hasta el techo, desenfocadamente, lo que algunos llaman mirada bizca. Tómese entre cinco y seis segundos para hacer esto.

También, Fred Gallo ha encontrado útil este método para facilitar la inducción hipnótica. El giro de los ojos se puede mejorar aún más haciendo que el cliente baje los párpados mientras los ojos permanecen elevados al nivel del techo, respira profundamente, y luego bajando los ojos al nivel del suelo

mientras exhala. En este punto, el terapeuta podría dirigir la atención del cliente a la sensación de bienestar que tiende a ocurrir en esos momentos, sugiriendo que este efecto podría profundizarse.

Grand (2013) afirma que en EMDR solía comenzar con movimientos de los ojos lentos, porque los de arriba hacia abajo son más tranquilizadores hasta que el paciente esté listo para cerrar sus ojos, luego se mueve el sonido bilateral.

Los movimientos de la cabeza determinan el ajuste de los ojos.

Moshe Feldenkrais se dio cuenta de la importancia que los ojos tienen en el movimiento y la organización. Muchas de sus lecciones de Conciencia a Través del Movimiento, tratan de desarrollar los diferentes aspectos de los movimientos oculares y su acción para organizar el cuerpo y facilitar el movimiento (Niego, 2013). De hecho, dedica la Lección 10 de su libro Básico para escribir sobre el tema y ofrecer diversos ejercicios (Feldenkrais, 1983).

En cuanto a mis sesiones facilitadas, en ocasiones uso la mirada ascendente al inicio y/o al final de una sesión. Aclarando que el tipo de mirada que facilito es a veces la desenfocada o bizca y a veces la mirada "normal" con uno o con ambos ojos. Incluso, en ocasiones combino la mirada ascendente con tapping bilateral corporal y tapping en puntos energéticos sugeridos por EFT.

"*Vertical de la calma*". Basado en el 'Alba Emoting' de Susan Bloch, al finalizar un ejercicio intenso, o de la propia sesión, uso este ejercicio para que la persona vuelva a centrarse, que retorne a su tranquilidad y al presente. Este movimiento se trata de que mientras subo dos dedos de una mano hacia arriba, el consultante los seguirá con los ojos e inspirará durante 4 segundos, con la mirada arriba el consultante esperará 8 segundos y entonces, mientras bajo los dedos hasta el suelo, el consultante los seguirá con sus ojos y exhalará en ese trayecto durante aproximadamente 4

segundos, descansando unos segundos y nuevamente inicia el ejercicio de abajo hacia arriba, esto se repite unas 2 o 3 veces.

Y una característica interesante es que en la pared de mi consultorio tengo pegadas las siguientes frases, escaladas en el centro de esa pared:

Me Amo.

Me Acepto.

Me Respeto.

Totalmente.

Obviamente, esto también me permite obtener información sobre cuáles de las frases resuenan con bienestar o malestar en el consultante.

Al señor Máximo, le solicité que cerrara sus ojos y que en su pantalla mental colocara estas frases señaladas, para continuar realizando imaginariamente los movimientos de abajo hacia arriba, con resultados satisfactorios, logrando bajar dos puntos en la escala SUD dentro de su proceso terapéutico en esa sesión.

Por cierto, estas frases fueron inicialmente idea de mi amiga la terapeuta Gestalt Ruth Díaz, quien se basó en EFT.

J.- Brainspotting + VCT + Miradas periféricas

En el caso de Marco, como ya tenía ubicado en la pared el *brainspot de recurso* y el *brainspot de activación* —ver capítulo 13 de este libro— señalados con una hojita de *post-it*, le pedí que se acercara a la pared a un metro de distancia y que sin mover la cabeza mirara periféricamente hacia un brainspot y luego hacia el otro. Es decir, mantendría fija la mirada a mitad de camino de los brainspots y luego miraría de reojo a un brainspot y luego de reojo al otro. Para después aplicar el VCT de Bowan subiendo una mano al centro señalado observándola con mirada convergente —"bizca"— durante unos segundos, para luego volver a la mirada periférica — "de reojo"— a un brainspot y luego al otro.

En otro caso, a un consultante que llamaremos Pedro, le pedí que sostuviera una botella de plástico e hiciera el movimiento de llevarla a su boca, simulando beberla, para entonces agudizar su mirada y dirigirla a una zona que en ese momento me interesaba que viera: su brainspot de recurso positivo.

Me di cuenta en mí mismo que esta postura agudiza la mirada hacia donde dirijamos la observación, por lo que la facilité a este y a otros consultantes.

Referencias

Abramov, Israel y cols. Sex & vision I: Spatio-temporal resolution. Biol Sex Differ. 2012 Sep 4;3(1):20. doi: 10.1186/2042-6410-3-20.

ABC.es FAMILIA. ¿Ven mejor los hombres o las mujeres? 10/05/2015: https://www.abc.es/familia-vida-sana/20150510/abci-vista-hombres-mujeres-201505061640.html

Ashaika, Alonso (2022). Clase 3 Recupera tu vista. Recuperado de You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=nwAqrEZKi70&ab_channel=AlonsoAshaika

Benedikt y cols (2018). Documento sobre Evidencia Científica de la Terapia EMDR: https://www.emdr-es.org/Content/PDF/Dossier%20Evidencia%20Cient%C3%ADfica%20EMDR%20Web.pdf

Bowan, Merrill D. (2008) "Visual Convergence Therapy as a Vagal Maneuver: An Unexpectec Palliative for Anginal Pain and Related Issues". Recuperado de: **https://www.researchgate.net/publication/216064110_Treatment_of_Panic_Attack_With_Vergence_Therapy_and_unexpected_visual-vagus_connection**

Bowan, Técnica VCT explicada por Joaquin Andrade: **https://www.youtube.com/watch?v=F_k65hHPhpg&ab_channel=JoaquinAndrade**

Feldenkrais, Moshe (1983). Autoconciencia por el movimiento. El libro básico del método Feldenkrais. 10ª edición. España: Paidós Ibérica

Fundación Nacional del Sueño (NSF por sus siglas en inglés) (2010). REM sleep deprivation and migraines. Obtenido el 4 de junio de 2012 de http://www.sleepfoundation.org/alert/rem-sleep-deprivation-and-migraine

Fundación Mapfre: https://www.fundacionmapfre.org/media/educacion-divulgacion/seguridad-vial/movilidad-segura-salud/temas-clinicos-conduccion-segura/vista-oido-piel/vista-campo-visual-conduccion.pdf

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Grand, David (2013). "Definiendo y redefiniendo EMDR. Nuevas estrategias clínicas". Brasil: Treinamento e Consultoria EMDR Brasil

La importancia de la visión periférica. 25 feb 2021. Recuperado de: https://www.aprendiendojuntosneuropsi.com/post/la-importancia-de-la-visi%C3%B3n-perif%C3%A9rica

Lachenmayr, B. Naturwissenschaften. Peripheral vision--function and significance. 1989 Oct;76(10):447-52. doi: 10.1007/BF00366220. PMID: 2586629

Lee, Christopher William and Cuijpers, Pim. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2013 Jun;44(2):231-9. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.11.001. Epub 2012 Nov 20. DOI: 10.1016/j.jbtep.2012.11.001

Look first. New light shed on the hierarchy of the senses by a study at the Max Planck Institute for Psycholinguistics in Nijmegen Enero de 2015. Recuperado de: https://www.mpg.de/8849014/hierarchy-senses

Márquez-Ruiz, Javier; Escudero, Miguel. Tonic inhibition and ponto-geniculooccipital-related activities shape abducens motoneuron discharge during REM sleep. August 2008 The Journal of Physiology 586(14):3479-91. DOI:10.1113/jphysiol.2008.153254

Masland, Richard H. Vision: Two Speeds in the Retina. Dispatch| Volume 27, issue 8, pr303-r305, april 24, 2017. Doi: https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.02.056

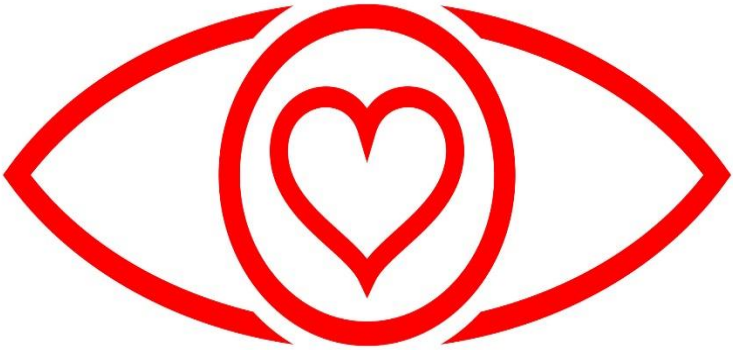
Muñoz Rodríguez, María José (2013). "Evaluación de las habilidades visuales periféricas adquiridas con la conducción de vehículos". Trabajo final de máster universitario en optometría y ciencias de la visión. Facultat d'Òptica i Optometria de Terrassa. Universitat Politécnica de Catalunya.

Niego, Esther (2013). Los ojos guían el movimiento y la atención. Recuperado de: https://feldenkraisbarcelona.net/2013/11/01/los-ojos-guian-el-movimiento-y-la-atencion/

Plou Campo, Pilar (2007). Bases fisiológicas del entrenamiento visual. Dossier: visión y deporte. Centro de Optometría Internacional. 88. 2.o trimestre 2007 (62-74)

Stewart, Emma E M; Valsecchi, Matteo; Schütz, Alexander C. A review of interactions between peripheral and foveal visión. J Vis 2020 Nov 2;20(12):2. doi: 10.1167/jov.20.12.2.

3.- EL REFLEJO OJO-CORAZÓN



El **reflejo óculo-cardiaco** fue descrito por primera vez como reflejo de Kratschmer y actualmente es intensamente estudiado, recibiendo distintas denominaciones, tales como reflejo depresor del trigémino, reflejo trigémino vagal, reflejo de Aschner o reflejo trigémino cardíaco (RTC) y es uno de los reflejos autónomos más poderosos del tallo cerebral relacionado a la estimulación de cualquier rama sensorial del nervio trigémino (ocular/oftálmico, maxilar superior y mandibular), los núcleos del tallo cerebral y el nervio vago.

Es un reflejo parasimpático, o sea, calmante del cuerpo, influido por el nervio vago. La clave aquí es que se tienen que realizar estimulaciones para activar el nervio vago ventral, tales como lo hacen en el Palmeo ocular y de algunos acupuntos, así como de la Terapia de Convergencia Visual de Bowan.

El reflejo óculo-cardíaco lo podemos aprovechar terapéuticamente de tres maneras:

1.- Estimulando o presionando el globo ocular.

William Bates, un oftalmólogo neoyorkino, descubrió el método del **Palmeo ocular** para relajar los ojos. Se dio cuenta que al cerrar los ojos y colocar las palmas de las manos en ellos*, después de unos minutos conseguía relajarlos. Simultáneo al palmeo, Bates sugería recargar los codos en una mesa o cojín, así como parpadear con frecuencia y respirar tranquilamente.

2.- Movimiento o tracción de los músculos extraoculares.

Los músculos extraoculares son dos grupos de 6 músculos insertados en los globos oculares para sostenerlos y contribuir en sus movimientos diversos.

En la **Terapia de Convergencia Visual** (Visual Convergence Therapy o VCT) de Merril Bowan (2008) se solicitó a los pacientes —para tratar su ataque de pánico— que sostuvieran un dedo a 30 centímetros de sus ojos y movieran la mirada adelante y atrás, de manera frontal, entre su dedo y la pared del fondo, cada dos segundos durante un periodo de dos minutos. Esto significa que moviendo rápidamente los ojos al hacerlos primeramente converger o acercarse y luego divergerlos o alejarlos. Importante destacar que al momento de converger los ojos —mirar de cerca— hay que desenfocarlos, o sea, hacer una mirada “bizca” o de “ojos saltones”.

David Grand (2012), creador del Natural Flow EMDR y del Brainspotting, señala que se apoyó en los descubrimientos de

Bowan para que sus consultantes hicieran movimientos oculares alternando repetidamente sobre el ***Brainspot*** aunque, en su caso, los tiempos a veces duraban minutos y no segundos, llamándole **Brainspotting de Convergencia**.

Pablo Solvey, M.D. and Raquel C. Ferrazzano de Solvey, M.D., de Buenos Aires, Argentina, basados en los protocolos de EMDR (F. Shapiro, 1989) y de la técnica de Un ojo por vez (A. Cook and R. Bradshaw, 2000), desarrollaron y optimizaron un protocolo para el tratamiento del dolor (PET, o Pain Erasing Technique) que usaba una forma particular de movimiento de los ojos del paciente, como un barrido del mismo, guiado por el movimiento de los dedos del clínico.

Los pasos del PET son:

1.-Buscar la postura de mayor / menor dolor. 2.- Evaluar de 0 a 10 cuánto duele en el momento.

3.- Tapar un ojo suavemente. 4.- No cruzar manos, brazos o piernas.

5.- Recorrer el campo visual del ojo descubierto, de afuera (lado temporal al fondo) hacia adentro (lado nasal en lo cercano) cruzando un poco la *línea media****. Repetir con el otro ojo.

5.- Continuar estos movimientos alternando los ojos.

6.- Tipos de movimientos: planos o en dos dimensiones: horizontal / vertical / diagonal / en circulo. En 3 dimensiones o en profundidad: en V / de convergencia o cerca-lejos. Los matemáticos dirían que son movimientos en los ejes X, Y y Z.

7.- Probar distintas velocidades del movimiento. Usar el movimiento y la velocidad más eficaces.

8.- Repetir tantos sets como sea necesario, hasta que la intensidad del dolor baje a 0/1 o llegue a su mínima expresión. A veces no baja totalmente, pero puede ser que lo haga minutos/horas después.

9.- Un Set es repetir 5 / 6 veces cada movimiento.

Tanto Grand como Bowan y los Solvey informan de magníficos resultados al aplicar esto en sus respectivos estilos de terapias.

3.- Estimulando una rama sensorial del nervio trigémino**.**

En este caso, el nervio trigémino (par craneal V) se puede estimular a través de tapping suave en los siguientes acupuntos que se entienden desde los fundamentos de la Acupuntura China:

IG20: Acupunto situado al lado de las narinas o aletas de la nariz. Pertenece al punto final del *meridiano Intestino Grueso* (IG) que comienza en el dedo índice. Actúa para resolver problemas del tracto intestinal (eliminación), respiración y piel.

TC23, TC22 y TC17: Acupuntos del meridiano *Triple Calentador* (TC), que es el sistema de energía que gobierna la respuesta de lucha o huida, el sistema inmunológico y las formas habituales del cuerpo de manejar el estrés o la amenaza. Además de coordinar los tres sistemas calentadores que mantienen la temperatura corporal. Uno está situado encima del plexo solar, el segundo entre el plexo solar y el ombligo, y el tercero por debajo del ombligo. Este meridiano nace en los dedos anulares y termina en la sien (TC23), al lado externo de las cejas. El punto TC22 se sitúa por delante del borde superior delantero de la oreja. El punto TC17 se encuentra atrás de la oreja en su zona inferior, o sea, en el hueco localizado atrás del lóbulo.

VB1 y VB3: Acupuntos del meridiano de *Vesícula Biliar* (VB) al inicio del trayecto de este meridiano energético, que parte desde la sien (VB1).

ID19: Acupunto del meridiano *Intestino Delgado* (ID) que se encuentra al final de este. Dicho punto ID19 se localiza en la parte anterior de la oreja entre el trago auricular (protuberancia al lado de la oreja) y la articulación de la mandíbula, al mantener la boca abierta.

E1 y E5: En el meridiano del *Estómago* (E) hay inervación del trigémino. El punto E1 vamos a localizarlo debajo de la pupila, en el borde inferior del ojo donde está un huesito. Con respecto al acupunto E5 hay inervación en la zona del nervio bucal, ramas del nervio mandibular y del nervio trigémino. Dicho punto E5 vamos a localizarlo en la depresión que aparece a lo largo del borde anterior del músculo masetero al cerrar la boca y llenar las mejillas de aire.

Afirma Collazo (2012): "Conforme avanza la investigación se dilucidan mejor estos mecanismos y se tiene una mayor y mejor apreciación de la cultura milenaria china, su filosofía y los misterios de la acupuntura. Las primeras comunicaciones entre científicos chinos se presentaron como las interrelaciones del Yin y el Yang, lo que hoy podemos explicar como el sistema nervioso simpático y parasimpático, permitiendo una visión más académica de esta medicina milenaria".

Existen 6 meridianos energéticos que son de energía Yang —o Parasimpáticos, en la lógica de Collazo—, por estar en el exterior de la piel y contactar el exterior: boca, ojos, nariz, ano y otras cosas. Estos meridianos son: Estómago, Intestino Delgado, Intestino Grueso, Vesícula Biliar, Vejiga, y Triple Calentador.

Más adelante se abordarán con mayor profundidad los meridianos y acupuntos energéticos más importantes.

La paradoja vagal

El reflejo óculo-cardiaco produce una gran variedad de manifestaciones que abarcan desde hipotensión a hipertensión, bradicardia —(disminución de la frecuencia cardiaca por la liberación de acetilcolina, que es relajante y antiinflamatoria— a asistolia, bradipnea a apnea y cambios en la motilidad gástrica. Cualquier intervención quirúrgica en o alrededor del área de distribución de cualquier rama del nervio trigémino, y cualquier otro procedimiento en la cabeza pudiera inducir RTC, lo cual también estaría relacionado con el fallecimiento de bebés prematuros que estaban en alto riesgo. Y a nivel preventivo hay que evitar la estimulación exagerada o enérgica de este tipo de reflejo.

Al realizar movimientos oculares convergentes se activan receptores a través de los músculos extraoculares y envían señales aferentes-sensoriales a través de nervios ciliares, que luego estos se unen al nervio trigémino. Este nervio, que es el par craneal V, conduce estos impulsos al ganglio de Gasser, aumentando de este modo el tono parasimpático y la subsiguiente bradicardia-disminución del tono cardiaco. El Reflejo óculo-cardiaco, que está definido como la reducción de la frecuencia cardíaca ≥ 20 % de los valores básicos obtenidos inmediatamente antes de la manipulación de los músculos extraoculares.

Los que se están preguntando por qué tiene efectos tan opuestos el nervio vago les respondo que es porque existen dos nervios vagos: el ventral y el dorsal. Para profundizar en sus diferencias te sugiero leer mi libro "Teoría Polivagal Práctica y Terapia", donde también te proporciono 60 ejercicios neuronales y 45 aplicaciones terapéuticas. De hecho, de esa 'paradoja vagal' surgió esta teoría desarrollada por S. Porges que fue estudiando desde hace ya más de 50 años.

Podemos servirnos consciente y controladamente del reflejo óculo-cardiaco para disminuir la ansiedad a través del nervio vago. Así como también los médicos y dentistas están atentos a que ese reflejo no les surja de forma inesperada y descontrolada.

Finalmente, el reflejo óculo-cardíaco desaparece cuando finaliza la estimulación o presión del globo ocular, estimulación del nervio trigémino o tracción de los músculos extraoculares.

La participación social y la conexión cara-corazón

El eje de la teoría polivagal son cinco nervios craneales procedentes del tronco encefálico (V, VII, IX, X y XI). La investigación de Porges, Cottingham y Lyon (1988) señala que el consultante conseguirá el máximo beneficio en un tratamiento si previamente su sistema nervioso está en modo de participación social, o sea, cuando domina un tono vagal ventral.

El tapping EFT en el rostro y algunos ejercicios de Gimnasia Cerebral estimulan zonas de algunos de los nervios craneales (V, VII, IX, X, y XI) que, afirma Porges, contribuyen en una mejor participación social.

Vemos entonces que el ***nervio trigémino (par craneal V) y el nervio vago (par craneal X) son parte fundamental de ese eje de participación social***. Los otros nervios craneales son el VII o facial, presente en los músculos estriados de la cara; el IX glosofaríngeo que está en el paladar blando y en la faringe; y el XI que está en los músculos del trapecio y del esternocleidomastoideo (ECM) situados en la parte izquierda de la espalda.

¿Qué es la conexión cara-corazón?

La rama ventral del nervio vago —la de más reciente evolución, que no poseen los reptiles, solamente los mamíferos— es la que controla la conexión cara-corazón, además de la laringe y faringe, bronquios y músculos estriados del rostro.

"*El circuito mamífero filogenéticamente más reciente promueve el comportamiento social y se define por una conexión entre la cara y el corazón: la regulación neuronal de los músculos estriados faciales y craneales está vinculada neurofisiológicamente con la regulación neuronal del corazón.*

Según la teoría polivagal, la conexión existente entre la cara y el corazón proporciona a los humanos y a otros mamíferos un sistema integrado de conexión social que detecta y proyecta rasgos de «seguridad» a los congéneres por medio de expresiones faciales y vocalizaciones Dentro de este modelo, el modo en que miramos, escuchamos y vocalizamos transmite información sobre si es seguro acercársenos". (Porges, 2017)

¿Para qué es importante la conexión social en la teoría polivagal?

Se ha creído en las diferentes disciplinas que la conexión social se trataba de una característica conductual, no fisiológica. Sin embargo, la teoría polivagal nos dice que es fisiológica, y

que las vías neuronales —del nervio vago ventral— del respaldo social y del comportamiento social se comparten con las vías neuronales que contribuyen a la salud, el crecimiento y la recuperación.

La teoría polivagal señala que, en los humanos, la necesidad de relacionarse con el prójimo es un imperativo biológico primordial. Los imperativos biológicos son las necesidades que tienen los organismos vivos para perpetuar su existencia —como la supervivencia, el territorialismo, la eficacia biológica y la reproducción—. La teoría destaca la corregulación de la fisiología, por medio de los vínculos de conexión social, para optimizar la salud mental y física.

Si el sistema de conexión social funciona adecuadamente, inhibe las defensas del nervioso simpático y estamos tranquilos, abrazamos y miramos a los demás —sean humanos o animales— y nos sentimos bien. La calidad del entorno —seguro o inseguro— y de las interacciones y vínculos familiares determinarán la optimización del sistema de conexión social.

Para mejorar la conexión social no basta con apoyar socialmente o económicamente a la gente, ni siquiera con acompañarla con buenas intenciones. Se trata de poner en marcha los fundamentos de la teoría polivagal para reestablecer la conexión social tonificando el nervio vagal ventral a través de ejercicios neuronales, establecer un entorno seguro y buscar los estímulos apropiados con acciones interactivas afectivas y capacitándose en adquirir habilidades sociales.

Breviario de casos y variantes***

A.- Pedro no había resuelto el duelo por la pérdida de su madre, asesinada 8 años atrás. Sentía (sensación sentida de Eugene Gendlin) a su madre atrás de su hombro izquierdo y ubicó su *brainspot* de conecte con el duelo en la pared en una zona centro inferior y un poco hacia la derecha. Lo instruí a que hiciera movimientos oculares cerca-lejos, en el sentido de que mirara durante unos 4 o 5 segundos hacia su hombro izquierdo (con mirada desenfocada o “bizca”) y luego, con mirada normal mirara hacia su *brainspot* ya señalado, donde también se

tardaría unos 4 o 5 segundos, para luego retornar a mirar atrás de su hombro izquierdo.

En otro momento le hice seleccionar un muñequito que representara a su madre, el cual colocó en el lugar donde ubicó el *brainspot* del duelo por su madre y así, durante unos 4 minutos realizó los movimientos oculares cerca-lejos ya señalados en el párrafo anterior.

B.- Elena no soportaba un dolor en la zona abdominal. Me pidió ayuda y le instruí a que mirara uno de sus dedos a 30 centímetros de sus ojos, para luego fijar su vista a la pared que tenía enfrente como a 3 metros de distancia. En cada zona tardaba unos 5 segundos. Yo le iba diciendo hacia dónde mirar en la pared: arriba a la derecha, arriba a la izquierda, centro arriba, etcétera, abarcando algunos de los 9 cuadrantes que surgen de las combinaciones derecha, izquierda, centro, arriba y abajo.

Luego, sentada, colocó las palmas de sus manos en sus ojos cerrados, al tiempo que se concentró en su zona abdominal dolorosa para que respirara en un ritmo donde inspiraba de una manera profunda y soltaba el aire lentamente por su boca, lo que yo llamo respiración Polivagal, porque es recomendada por Porges y activa el nervio vagal ventral del sistema nervioso parasimpático. En esta postura le indiqué que en un diálogo interior le preguntara a su zona dolorosa qué mensaje le entrega a través de ese dolor y qué puede hacer ella al respecto. Minutos después manifestó que el dolor había disminuido a la mitad de su intensidad y que había detectado una situación familiar que le molestaba.

C.- La técnica PET contra el dolor —que originalmente se dirige con los dedos del terapeuta— también pudiera realizarse si usas un puntero metálico retráctil, un lápiz, una tarjeta o incluso indicándole al consultante en qué direcciones mirar y ejemplificarle cuando son miradas de profundidad y de convergencia/divergencia, para que lo haga en solitario. Porque, como dice David Grand, es cansado estar sosteniendo tanto tiempo los dedos frente al consultante.

D.- Otra acción que se puede hacer en el **Palmeo ocular** es cerrar los ojos y hacer tapping —suave y alternado o bilateral— en cada globo ocular.

Otra alternativa: Cerrar los ojos y darse masajes suaves haciendo círculos hacia la izquierda y luego hacia la derecha, primero en un globo ocular y luego en el otro.

El palmeo ocular, con los ojos cerrados, también se puede hacer frente al sol, para aprovechar los rayos solares. Obviamente hay que evitar mirar el sol con los ojos abiertos. Y habrá quien de manera personal pudiera colocarse dos rodajas de papa encima de los ojos cerrados, ya que este tubérculo tiene propiedades absorbentes y relaja en cierta manera los ojos.

Notas:

*Joaquín Andrade (2017) recomienda que cada ojo se tape con la mano de su mismo lado, evitando cruzar la línea media, además de no cruzar pies, piernas o la otra mano.

**Un *Brainspot* es una posición ocular relevante donde la persona se conecta con un suceso importante, positivo o negativo, en su campo visual. Es un *punto del cerebro* porque es el cerebro el que realmente conecta hacia determinada dirección del campo visual de la persona, usándose generalmente una pared o un puntero metálico retráctil, habiendo varias maneras de localizar un brainspot: detectando señales reflejas en la cara del consultante, detectando miradas inconscientes hacia un lugar, a través de las sensaciones sentidas que se conectan con un punto visual, etcétera.

***Por *línea media* se entiende una línea media imaginaria que divide las partes corporales izquierda y derecha. Este concepto es muy usado, por ejemplo, en Gimnasia Cerebral o Brain Gym.

****El *nervio trigémino* es un nervio o par craneal (emerge del cráneo tanto de izquierda como de derecha) que tiene varias funciones motoras, incluido el control de la salivación y los músculos de la masticación que mueven la mandíbula cuando

masticamos. También tiene funciones sensoriales y recibe impulsos procedentes de los nervios sensoriales de la piel de la cara. Por lo que lo activará en esa zona el tapping, el masaje y la caricia.

*****En cada uno de los *casos compartidos en este libro*, se da por sentado que antes y después de lo descrito hubo más elementos dentro del proceso terapéutico en esa y en otras sesiones con el consultante (*rapport*, cierre, creación de lugar seguro, etcétera, ver Capítulo 24 de este libro), incluyendo abordajes y técnicas de otros enfoques terapéuticos que yo manejo, principalmente Gestalt, PNL, Psicología Energética y Constelaciones Familiares.

REFERENCIAS

Andrade, Joaquin; Navatta, Florencia; y Ferrazzano de Solvey Raquel (2017). "PET: Pain Erasing Technique. Borrado del dolor y más allá...". Buenos Aires: TdeA Ediciones

Bates, William H. (2006). "El Método Bates para mejorar la visión sin gafas". Barcelona: Paidós Ibérica

Bowan, Merrill, 2008/01/01, 155, 9, Treatment of Panic Attack With Vergence Therapy: and unexpected visual-vagus connection. 19, J Behav Optom

https://www.researchgate.net/publication/216064110_Treatment_of_Panic_Attack_With_Vergence_Therapy_and_unexpected_visual-vagus_connection

Breve explicación de la Técnica de Convergencia Visual. Recuperado de:

https://www.youtube.com/watch?v=F_k65hHPhpg&ab_channel=JoaquinAndrade

Breve explicación de la técnica PET. Recuperado de:

https://www.youtube.com/watch?v=kGpzrjdjvMk&ab_channel=JoaquinAndrade

Breve explicación de la técnica Brainspotting. Recuperado de:

https://www.youtube.com/watch?v=wQIn6imH9nM&ab_channel=Aprendepsicolog%C3%ADaconelPradoPsic%C3%B3logos

Collazo, E. (2012). "Fundamentos actuales de la terapia acupuntural". Versión impresa ISSN 1134-8046. Revista de la Sociedad Española del Dolor vol.19 no.6 Madrid nov./dic. 2012. Recuperado de: **https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600007**

Chowdhury, Tumul; Rosemann, Thomas; y Schaller, Bernhard. Trigeminocardiac Reflex: an Overview (Breve reseña del reflejo trigémino cardíaco). Revista Argentina de Cardiología, vol. 86, núm. 4, pp. 290-297, 2018. Sociedad Argentina de Cardiología. DOI: https://doi.org/10.7775/rac.es.v86.i4.13415

Grand, David (2014). "Brainspotting". España: Sirio

Lang, Scott A., “Trigeminocardiac reflexes: maxillary and mandibular variants of the oculocardiac reflex”- Department of Anaesthesia, Royal University Hospital, University of Saskatchewan, Saskatoon, Canada. - Canadian Journal of Anaesthesia (Impact Factor: 2.5). 10/1991; 38(6):757-60. DOI: 10.1007/ BF03008454

Martínez Bernal, Juan Carlos (2021). “Teoría Polivagal Práctica y Terapia”. Publicación independiente.

Porges, Cottingham y Lyon (1988):

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3279437/

Porges, Stephen W. (2018). “Guía de bolsillo de teoría polivagal: El poder transformador de sentirse seguro”. Editorial Eleftheria. Recuperado de kindle

Porges, Stephen W. (2011). “La teoría polivagal: fundamentos neurofisiológicos de las emociones, el apego, la comunicación y la autorregulación”. Biblioteca del Congreso de Catalogación en la publicación de datos, Estados Unidos de América

Breve explicación de la Técnica de Convergencia Visual. Recuperado de: **https://www.youtube.com/watch?v=F_k65hHPhpg&ab_channel=JoaquinAndrade**

Breve explicación de la técnica PET. Recuperado de:

https://www.youtube.com/watch?v=kGpzrjdjvMk&ab_channel=JoaquinAndrade

Breve explicación de la técnica Brainspotting. Recuperado de:

https://www.youtube.com/watch?v=wQIn6imH9nM&ab_channel=Aprendepsicolog%C3%ADaconelPradoPsic%C3%B3logos

4.- ZONAS, SERES Y OBJETOS DE SEGURIDAD

En la Teoría Polivagal de Porges se considera que la seguridad es un estado fundamental para desarrollar las condiciones en que el nervio vago ventral entre en acción para la adecuada participación social. Esto, entonces, es primordial para una interacción entre la triada terapeuta-consultorio-consultante.

Varias técnicas recurren de manera directa o indirecta a la cuestión de la seguridad en la terapia. Por ejemplo:

EMDR: Aquí le llaman desarrollar un 'Lugar Seguro' mental para que sea un recurso al cual el consultante pueda acudir cuando se sienta rebasado o en abreacción.

EMDR Natural Flow y Brainspotting: David Grand se dio cuenta de la importancia de no exponer al consultante solamente a los desencadenantes traumáticos, por lo que ha enfatizado en sus técnicas que se tiene que recurrir a polaridades positivas o 'suaves', que minimicen la posibilidad de una retraumatización. Para esto, recurren a sensaciones-sentidas positivas y brainspots positivos.

Sistemas de Familia Interna (IFS): Aquí, algunos se valen de respetar y negociar con las subpersonalidades protectoras, con el propósito de poder establecer comunicación con las subpersonalidades o partes más profundas y dolidas. Por otra, parte, en ese enfoque se afirma que tenemos también subpersonalidades o partes '*bomberas*' que actúan en alguna emergencia de nuestra persona para atender y '*apagar*' problemas.

Somatic Experiencing: En esta técnica procuran oscilar movimientos o estimulaciones entre la periferia de la zona traumática y una zona positiva.

Havening: Ronald Ruden investigó y encontró que el cuerpo del consultante necesita sentirse seguro para procesar alguna técnica que se le aplique. Encontró algunas zonas del cuerpo óptimas para esto y poderlas estimular a través del tapping. Se profundiza en esta técnica en el capítulo correspondiente a esta técnica en este libro.

Terapia Polivagal: Prevaleciendo una sensación de seguridad, dominando el nervio vagal ventral se evitará estar a la defensiva y entonces habrá confianza y apertura. Estando a la defensiva una persona le será más difícil detectar sensaciones de seguridad y abrirse al abordaje de una terapia.

Hay que recalcar que cuando hablamos de un estado de seguridad no nos referimos a que una evaluación cognitiva perciba esto. Nos referimos a que nuestro cuerpo y vísceras harán la *neurocepción* —que es inconsciente e intuitiva— del entorno y de las personas con las que interactuemos.

Características ambientales que contribuyen al estado de seguridad y de conexión social:

1.- Música de alta frecuencia: instrumental y ambiental relajante, clásica de sinfonías, clásica barroca, *new age*, sonidos bilaterales, voces femeninas de alta calidad.

2.- Aislar acústicamente el espacio del consultorio.

3.- Expresiones faciales y gestos positivos.

4.- Mecedora, sillón confortable, silla cómoda.

5.- Vocalizaciones prosódicas —hablar con entonación suave— del terapeuta, vendedor o profesor.

6.- Realización de ejercicios neuronales.

7.- Olores agradables: perfume, aroma ambiental, incienso.

8.- Disponibilidad de agua para beber.

9.- Limpieza y sanidad del espacio físico y del terapeuta.

10.- Fuentes de aire: natural o acondicionado.

11.- Negociar la distancia física o comodidad del consultante, sobre todo cuando este está en un estado de desconfianza o traumatizado, con alta reactividad en no permitir acercamientos físicos con casi nadie.

12.- Tener un botiquín con artículos de primeros auxilios.

13.- Tomar en cuenta la psicología del color para pintar paredes y diseños de pisos.

14.- Tener un espacio reservado y a la vista del consultante para que este deposite sus pertenencias.

15.- Colocar plantas de adorno —vivas— dentro del consultorio.

Búsqueda de seguridad del consultante

El estado de seguridad lo puede encontrar el consultante en zonas, seres y objetos. Veamos cada uno de estos.

Zonas

En espacios físicos como paredes, muros, sala de una

casa, lugares energéticos —cerca de cascadas, montañas, nacimiento de ríos, construcciones sagradas, etcétera.

En espacios mentales como un contenedor de luz, un jardín o parque relajante, burbuja dorada protectora, un sillón favorito donde suele descansar, una playa reconfortante, etcétera.

Espacios o zonas corporales donde tenga sensaciones-sentidas de seguridad, protección y-… confianza.

Seres

Ancestros y familiares vivos. Figuras paternas o maternas, personas queridas y respetadas por el consultante.

Seres o entidades religiosas que visualice en su espiritualidad según sus creencias transpersonales y que lo hagan sentir protegido, seguro o en confianza.

Seres animales: de poder, mascotas o representativas de protección, seguridad o confianza para él.

Para este fin, usando fotografías, objetos o visualizándolos en su imaginación.

Objetos

Colguijos, cruces, prenda de ropa, muñeco, estatuilla, entre otros.

Otras

Música, sonidos, anclajes PNL.

Sugerencia de cómo establecer el Lugar Seguro

El *tren de la destraumatización* necesita tener ***estaciones seguras*** donde el tren puede bajar la velocidad o estacionarse cuando lo crea conveniente, durante o fuera de la sesión.

En EMDR, en la fase de preparación se entrena al paciente a que instale en su mente el recuerdo de un 'lugar seguro', para que recurra a este cuando se sienta rebasado por los recuerdos traumáticos o abreacciones. Este recurso provee al paciente un anclaje asociado a una imagen, creencias, afectos y sensaciones de seguridad.

Los pasos a seguir para establecer el lugar seguro se van encadenando:

1.-Que el paciente recurra a la IMAGEN de un lugar que le represente la cualidad de seguridad:

Si el paciente no puede acceder a una imagen de seguridad entonces que recurra a una de confort. Si no ha tenido ninguna imagen que le represente seguridad o confort, entonces que cree una. Obviamente hay que asegurarse que el paciente no haya sufrido un trauma en el lugar que elige como imagen. Para reforzar las modalidades sensoriales de la imagen del lugar se puede utilizar un anclaje PNL o estimulaciones bilaterales.

2.-**Imagen + creencia positiva + sensación corporal= afecto**:

Cuando la imagen de seguridad —o de los estados sugeridos— esté establecida, pedirle al paciente que diga en qué lugar de su cuerpo siente la sensación de seguridad y fortalecer esta asociación con la imagen elegida, usando la creencia positiva:" las *sensaciones en mi* (nombrar lugar del cuerpo donde se siente la seguridad) *me hacen sentir seguro*".

3.-**Imagen + afecto+ palabra o frase clave, hasta el nivel 7**:

Cuando la asociación del paso 2 esté firmemente establecida entonces instalar la creencia: "Estoy seguro", o una palabra/frase parecida. Que el paciente diga qué tan creíble es esta creencia/frase/palabra unida a la imagen de seguridad (o confort) elegida en el paso 1. Aquí usar la 'escala de validez de cognición', usando estimulaciones bilaterales hasta que llegue al nivel 7 de la escala *VoC* de *Validez de Cognición*, o sea, su nivel máximo.

4.-**Comprobar la instalación del Lugar Seguro:**

Que el paciente haga un paseo al pasado, pidiéndole que evoque una imagen perturbadora, para entonces usar la palabra o frase clave y compruebe si se siente seguro en ese momento, dejando a un lado el recuerdo perturbador.

También, que haga un paseo al futuro, imaginando una situación donde quiera sentirse seguro, usando la palabra o frase clave instalada para el Lugar Seguro.

El Lugar Seguro también le es útil al paciente cuando fuera de las sesiones le lleguen flashbacks o recuerde involuntariamente sucesos traumáticos.

El Lugar Seguro también se puede instalar a través de un anclaje como se usa en PNL.

En un estado de crisis, si la persona se bloquea y no puede recurrir a su lugar/ser/objeto de seguridad entonces se le instruye a que se aplique técnicas que actúen con rapidez para disminuir su ansiedad. Ejemplos de esas técnicas serían los abrazos mariposa, la respiración de inspiración y espiración lentas, el *tapping* bajo la clavícula —punto R27— y en la zona del timo, al centro del tórax.

Breviario de casos y variantes

A.- Los dedos de la seguridad: elegir mover un dedo, cubrir un dedo o juntar dos dedos como en los tests kinesiológicos. Enlazar lo anterior a un estado de seguridad/confianza/protección/serenidad. Seleccionar una palabra o frase, imagen y sensación-sentida que acompañen a este estado. Anclar todo en el dedo o dedos. Comprobar el ancla en una situación presente y futura, además de comprobar que se califique a tope en una escala subjetiva positiva.

B.- Enganche o ancla física

En Coaching Wingwave, además de facilitar que el cliente

busque un Lugar Seguro mental (que lo detalle en las diferentes submodalidades) también se aplica un enganche físico, a través de una piedra colorida, un apretón de mano o algo que elija la persona.

C.- El cuadrante seguro

¿En el campo visual dónde está el *cuadrante de recursos positivo*?

¿Y dónde se ubica corporalmente su sensación-sentida de seguridad?

D.- Empezar instalando la seguridad

Señor que ronda los 40 años, con fuertes problemas de relación de pareja. Llega alterado, bloqueado, tenso, rígido. En casos como este, mi manera de iniciar la sesión es hacer un breve rapport y echar a andar ejercicios donde el consultante no hable o hable muy poco, porque de por sí llegan trabados y sin ganas de hablar. Por ejemplo, en este caso, para desbloquearlo lo instruí a que cerrara sus ojos, pusiera sus manos entrelazadas encima de su ombligo, comenzara a escuchar la música de fondo (Biolateral de David Grand) y a escuchar su respiración (sin ningún ritmo en especial), como parte de mindfulness o atención plena.

Luego, le pedí que ubicara en la pared, que es el campo visual que en ese momento tenía enfrente, un punto que lo conectara con un momento de su vida donde se sintiera seguro y confiado, me respondió que, en la parte superior central, y en su cuerpo lo conectaba en su corazón, por lo que pedí que pusiera una mano en su corazón (para anclar ese estado de seguridad y confianza). Así que ya tenía dos zonas corporales de anclaje a estados de seguridad: encima del ombligo (con manos entrelazadas) y encima del corazón (colocando una mano, en este caso puso la izquierda).

Esta fase inicial tuvo el propósito de calmar al consultante y ponerlo en un estado de seguridad, lo cual sería el punto de partida para todo lo demás. Siendo importante mencionar que de vez en cuando era necesario volver a los dos anclajes señalados. Una hora después finalizó la sesión. Tres días después, en su siguiente cita, me cuenta entusiasmado que el día de su sesión conmigo, a los pocos minutos que llegó a su

casa fue abordado por su pareja e hijos y se reconciliaron, sorprendentemente después de que ella incluso ya lo había demandado penalmente, por lo que tuvo que retirar la demanda al siguiente día. Me agradeció y, al decirme que fue gracias a mí yo le expliqué que ese cambio no se debió a mí sino a él mismo que se dio la oportunidad de liberar emociones y transformarse a profundidad, por lo que esa energía resuena espiritual o cuánticamente en la red o sistema de sus seres queridos, algo que todavía es difícil de entender o de explicar.

E.- Algo que contrarreste

En un caso donde una persona me comenta que tuvo un accidente vehicular hace 4 años y le quedaron secuelas de estrés postraumático como síndrome de piernas inquietas, alucinación frecuente de la voz de su copiloto fallecida en el accidente, flashbacks de imágenes perturbadoras y terrores nocturnos donde se suele despertar ansioso y aterrorizado.

Para las piernas inquietas le sugerí estimulaciones táctiles en sus piernas y rodillas, en un ritmo fuerte y rápido, logrando interrumpir "la inquietud" de sus piernas. Sobre la voz alucinada trabajamos con el chasquido auditivo (o patrón swish auditivo) en cuanto a modificar las submodalidades auditivas de esa voz, logrando una reducción notable en la frecuencia en que la escuchaba. Asimismo, le canalicé a que también buscara la ayuda psiquiátrica para que la alternativa médica contribuyera en tratar las alteraciones de su sistema nervioso dañado por ese fuerte trauma que le tuvo varios días en coma, hacía 4 años.

Referencias

Besser-Siegmund, Cora; y Siegmund, Harry (2010). "Coaching Wingwave". España: Rigden Institut Gestalt

Grand, David (2013). "Definiendo y redefiniendo EMDR. Nuevas estrategias clínicas". Brasil: Treinamento e Consultoria EMDR Brasil

Ruden, Ronald A. (2011). When the past is always present. Emotional traumatization, causes, and cures. New York and Londres: Taylor & Francis.

Shapiro, Francine (2001). "EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing = Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular". México: Ed. Pax

5.- ESCALAS SUBJETIVAS

Varias terapias utilizan escalas subjetivas como parámetros para medir la intensidad de cogniciones (creencias o pensamientos), dolor emocional, ansiedad y sentimientos. Entre otras, tenemos a EMDR, Terapias Cognitivo-conductuales, Brainspotting, MEMI, EFT y varias técnicas derivadas de esta.

En estas escalas es importante tener las siguientes consideraciones:

1.- Se recomienda calificar la escala con el valor en el tiempo presente, no en el momento que sucedió el malestar.

2.- Las escalas SUD y VOC han sido utilizadas en algunas investigaciones científicas.

3.- Las tres escalas presentadas en este capítulo se aplican en tiempos pre y post, es decir, al inicio y al final del tratamiento terapéutico, en cual sea de las modalidades terapéuticas señaladas.

Escala de unidades subjetivas de perturbación (SUD)

En 1969, el conductista Joseph Wolpe desarrolló la ***S**ubjective **U**nits of **D**isturbance Scale* (Escala de unidades subjetivas de perturbación), para medir el nivel o intensidad de ansiedad, dolor psicológico o malestar subjetivo. La escala va de 0 (cero) o ninguna alteración, el 5 significa que más o menos siente la perturbación, hasta el 10 que representa la más alta perturbación en quien se autoevalúa. Y se sugiere reprocesar los eventos calificados con nivel 5 o más.

Originalmente, se utilizó en tratamientos cognitivo-conductuales para medir la intensidad de los trastornos de ansiedad, y también como una medida con fines de investigación.

La escala es subjetiva y no objetiva porque no hay reglas o parámetros objetivos con la cual dar una calificación en la escala.

SUD ha sido utilizada para que el paciente autoevalúe la intensidad de perturbación negativa tiene en él, valorando de preferencia con sus instintos (visceralmente). En estas técnicas suele asociarse la creencia (pensamiento o frase) negativa con una imagen perturbadora traumática.

Se recomienda que la creencia tiene que estar formulada ***en tiempo presente***, y en primera persona para que incorpore un locus de control interno, *además de representar la parte intelectual del evento, no la emocional*. Las creencias negativas girarán en torno a las categorías de: responsabilidad (por ejemplo: soy una mala persona; merezco sólo lo peor; soy tonto; debí haber hecho algo; cometí un error); seguridad/vulnerabilidad (por ejemplo: me encuentro en peligro; desconfío de todos; soy muy inseguro; nadie me quiere); control/decisiones (por ejemplo: estoy descontrolado; soy débil; nunca conseguiré lo que deseo).

Para niños, en esta escala plasmada en una cartulina se asocian números con figuras de animalitos. Ahora, una vez que

evalúe la creencia negativa, también se suele optar por preguntarle al paciente en qué lugar del cuerpo siente esa valoración o número.

Si después del tratamiento terapéutico no llega a cero la evaluación del consultante hay que investigar si existe algún impedimento ecológico o de autosabotaje.

Por ejemplo: En una escala del 0 al 10, donde 1 es *ninguna perturbación*; 5 es *más o menos perturbado*; hasta 10 que significa *totalmente perturbardo*. qué tan cierta sientes y piensas esta frase ***en este momento***, no cuando sucedió el evento.

"*Me siento culpable de lo que pasó*"…….

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Escala de Validez de Creencia Positiva (VOC)

También llamada *Validity of Cognition Scale* (VOC) (Shapiro, 1992, citada en Gosselin y Matthews, 1995) o Escala de Validez de Cognición, es una escala de diferencial semántico, donde el 1 (uno) representa el concepto 'completamente falso', y el número 7 (siete) significa 'completamente verdadero'. Aquí se insta a que el paciente responda también de manera visceral (instintiva), sin racionalizar.

¿Cómo surge la creencia positiva? Se le pide al paciente que nos diga una frase (creencia) positiva que reemplazará a la *Creencia Negativa* cuando haya superado la primera.

El paciente evalúa el incidente (o la imagen). Se le dice: ¿cuán ciertas le parecen dichas palabras (el clínico repite la cognición positiva) en una escala de 1 al 7, en la que el 1 representa algo enteramente falso y el 7 algo totalmente cierto?". (Shapiro, F. 2004, p. 137). La meta obvia es que el paciente llegue al nivel 7.

Otro ejemplo sería: En una escala del 1 al 7, donde 1 es *totalmente falso*; hasta 7 que significa *totalmente cierto*. qué tan cierta sientes y piensas esta frase ***en este momento***, no cuando

sucedió el evento.

"*Hice lo que pude*"……..

1 2 3 4 5 6 7

Escala de unidades subjetivas de experiencia (SUE)

Una excelente manera de averiguar de sí mismo o de otros ***cómo se siente*** es ponerle un número. El término técnico es tomar una lectura de Nivel SUE o Escala SUE, *Subjective Units of Experience Scale*, que significa Unidades Subjetivas de Experiencia (Silvia Hartmann, 2009).

Lo que eso significa es que te preguntas: en una escala de -10 a +10, en orden ascendente, o sea:

+10 Alegría, bienestar

+9

+8

+7

+6

+5

+4

+3

+2

+ 1

0

-1

-2

-3

-4

-5

-6

-7

-8

-9

-10 Dolor, malestar

Siendo **-10** el dolor, malestar, angustia, miedo, tristeza, o incomodidad más alto imaginable, y siendo **+10** el nivel más alto de alegría/felicidad/sentirse bien.

Deslizar el dedo sobre la escala y prestar atención a lo que "se siente bien" puede ser un indicador muy útil.

En la escala SUE:

¿Qué tan estresado estás ahora? ¿Qué tan deprimido estás ahora? ¿Qué tan dolorosa es tu pierna? ¿Qué tan malo es tu miedo a las alturas? ¿Qué tan angustiante es este recuerdo? ¿Cuánto amas a esta persona? ¿Qué tan verdadera o falsa es esta afirmación? ¿Qué tan feliz eres ahora?

Breviario de casos y variantes

A.- Las escalas se pueden explicar verbalmente o también se pueden mostrar gráficamente usando impresiones enmicadas, materiales de cartón, madera, con imágenes, con colores y adornos, etcétera.

B.- Una alternativa de calificación para las escalas es transformarlas en decenas, es decir, la escala de 0 a 10 se transformaría de 0 a 100, pasando por 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 y 90, como si fueran porcentajes. Habrá consultantes que así puedan calificar mejor su cognición o su emoción.

C.- Esly Carvalho (2013) usa dibujos para apoyarse y comparar el pre y post de un tratamiento psicoterapéutico de EMDR. Yo le agregaría que los consultantes dibujen preferentemente con la mano izquierda.

Referencias

Carvalho, Esly (2013). "Sanando a la pandilla que vive adentro. Cómo el EMDR puede sanar nuestros roles internos". 2ª edición. Publicación independiente. Recuperado de Kindle.

Gosselin P, Matthews WJ. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of test anxiety: a study of the effects of expectancy and eye movement. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1995 Dec;26(4):331-7. doi: 10.1016/0005-7916(95)00038-0. PMID: 8675720.

Subjective Units of Disturbance Scale (SUE). Recuperado de: https://suescale.com/

Wolpe, Joseph (1969), The Practice of Behavior Therapy, New York: Pergamon Press, ISBN 0080065635

6.- UN MUNDO EN CADA OJO

Se ha investigado desde las últimas décadas del siglo XX, cada ojo conecta al hemisferio contrario al lado en que se encuentra. Es decir, a través de un conducto diferente, el ojo izquierdo conecta al hemisferio cerebral derecho, y el ojo derecho conecta el hemisferio cerebral izquierdo.

El Dr. Rubén Pascual, en su página web (2010) señala que, basado en las últimas investigaciones sobre la lateralidad cruzada de los ojos: "*Existe 'dominancia', pero ni es constante ni de un solo ojo. Nuestro cerebro, a la hora de integrar la imagen, decide fusionar, anular o dominar la información de forma selectiva y para cada minúsculo punto de nuestro campo visual. Y eso cambia a cada instante. Entonces, ¿no existe la dominancia ocular como algo estable y global de un ojo entero?. Hasta cierto punto, puede existir. De eso saben los oftalmólogos infantiles y estrabólogos. En caso de que un ojo ofrezca una imagen de muy mala calidad (por una graduación grande, una catarata congénita, etc), significa que cada una de las columnas de dominancia ocular, la imagen de un ojo siempre será la elegida, frente a lo que ofrece el ojo con el problema visual. Hablamos del ojo vago. Un ojo vago conlleva que el otro sea 'dominante', aunque es una terminología no necesaria. Con ojo vago y ojo sano es suficiente, no necesitamos ese término de 'dominancia ocular'. En casos de estrabismo, pasa algo parecido: como los ejes visuales no están alineados, la información entre ambos ojos es absolutamente dispar. El cerebro se ve obligado a elegir una sola imagen, por lo que sistemáticamente escogerá un ojo para todos los puntos del campo visual y continuamente*".

Según el mito egipcio, el sol y la luna serían, respectivamente, el ojo derecho e izquierdo de Horus, hijo de Osiris e Isis.

Dice Alejandro Jodorowsky que el ojo derecho… es el intelectual, mientras que el izquierdo… es el del corazón, el ojo profundo, el de la receptividad.

Martin Brofman (1990) en su artículo "La visión como una metáfora", señala que: "Metafísicamente, el ojo derecho (el Ojo de la Voluntad) representa ver claramente lo que uno quiere, y el

ojo izquierdo (el Ojo del Espíritu) representa ver claramente lo que uno siente. Estos rasgos se invierten en los zurdos".

Vernon Coleman (1999), citado por Vilanova (2016) en su Diccionario de Bioneuroemoción, menciona que: "Para los diestros (al revés para los zurdos):

Ojo Izquierdo: Es el ojo de la defensa y del peligro. Mira a lo lejos (para disparar). El ojo que dirige el movimiento, identifica a los enemigos.

Ojo derecho: Ojo del reconocimiento y de la afectividad. Ojo que memoriza, compara las caras. Relacionado con los hijos, la familia, los amigos y nuestra identidad ".

En su web, la psicóloga Mónica Calderón (2012) menciona que: "*El ojo izquierdo representa lo que uno ve de sí mismo. Esta forma de verse está influenciada por lo que aprendimos de nuestra madre, ya que el lado izquierdo está relacionado con nuestro principio femenino.*

El ojo derecho representa lo que vemos fuera de nosotros. Esta forma de ver el exterior está influenciada por lo que aprendimos de nuestro padre, ya que el lado derecho del cuerpo está relacionado con nuestro principio masculino".

Se lee en *Russian Science News* (2007) que: "Primero, tenemos una mano líder (la diestra en la mayoría de las personas), segundo, tenemos un ojo líder. Volviendo a los ojos, el derecho es el líder aproximadamente en el 66% de los casos. Se han desarrollado test específicos para determinar esto. Se basan en el proceso de percepción de información visual, por ejemplo, la percepción de textos, de la derecha a la izquierda o al revés Estos estudios se llevaron a cabo en el *Institute of Cognitive Neurology of the Modern University for the Humanities*. El experimento involucró solo a estudiantes diestros, pero resultó que algunos de ellos tenían el ojo izquierdo como líder. A los estudiantes que se sometieron al test se les ofreció leer un texto en una pantalla, donde el texto estaba colocado en la parte derecha o izquierda de la pantalla. Resultó que las personas que poseían como líder el ojo izquierdo leyeron el texto más rápido cuando se colocó a la izquierda que cuando se puso en la parte

derecha. Sin embargo, para los que tenían el ojo derecho como líder no se observaron diferencias".

La Dra. Raquel C. Ferrazzano de Solvey (2006) cita que: "*En 1994 Frederick Schiffer demostró la activación que se producía en uno u otro hemisferio por medios tan sencillos como ingeniosos: midió la temperatura de los oídos de los sujetos con un termómetro digital y observó que esta bajaba significativamente del lado del hemisferio activado. La explicación es que la corteza cerebral al activarse requiere más sangre la cual es sustraída del lugar más cercano a ella que es el pabellón auricular homolateral. En 1998 propone en lugar de lentes de contacto, la utilización de anteojos pintados de negro en una proporción determinada para bloquear la luz, con el propósito de activar los hemisferios por separado. Al parecer todos estos equipos de investigación estaban realizando una suerte de comisurectomía sin cirugía*". Sobre esto, en el libro donde colabora escribiendo algunos capítulos (Terapias de Avanzada Vol. 1) menciona 4 referencias de investigaciones realizadas por F. Schiffer y colaboradores.

El método de "**Un Ojo por Vez**", desarrollado en el año 2000, por los canadienses Audrey Cook, PhD., y Richard Bradshaw, PhD., consiste en observar el problema a resolver con un solo ojo alternadamente (se tapa el otro), activando también los hemisferios cerebrales por separado.

Al taparse un ojo, ocurre un "shock" o incredulidad acerca de lo sucedido, habitual en situaciones altamente traumáticas. Su resolución es la única manera de poner en marcha la desensibilización del trauma. A menudo se observa que con uno de los hemisferios la persona "cree" lo que le ha pasado, pero con el otro "no lo puede creer". Es decir, lo sabe con el cerebro, pero lo niega con el corazón. Su discurso está plagado de "¡no lo puedo creer!", "¡es imposible!", "me voy a despertar y habrá sido todo un sueño".

Mientras esta incredulidad persista, no importa cuánto tiempo haya pasado desde el hecho, es imposible la elaboración y la integración en la vida del sujeto de las consecuencias de la situación. Es como si no existiera. Resolviendo la incredulidad,

en poco tiempo de trabajo se logran resolver situaciones que podrían llevar años congeladas y perturbando.

Otro hallazgo es el de la presencia de ciertos puntos en el campo visual, llamados “nudos”, que aparecen al hacer recorrer con la mirada de un ojo por vez y lentamente todo el campo visual mientras la persona piensa en el hecho. En estos nudos se concentran curiosamente las emociones más disfuncionales, que aparecen ligadas a sensaciones físicas, como mareos, náuseas, y ansiedad. Una vez disueltos estos “nudos”, con una técnica apropiada, el problema comienza a ser procesado y a desaparecer, o se reduce a su mínima expresión.

A medida que el tema “problema” es observado varias veces en forma alternada y secuencial con los dos hemisferios, estos van integrando sus percepciones acerca del mismo, bajando la intensidad de la perturbación que la situación provocaba hasta des aparecer como por “arte de magia”, y “el problema” deja de serlo.

La alternativa que recomienda Cook (2000) es para usar esto en las estimulaciones bilaterales visuales de **EMDR** (ver enlace de referencia) que el consultante cubra un ojo con una mano y deje despejado la totalidad de su otro ojo. Lo cual alternará con el otro ojo cuando el indique el terapeuta. Hay un ojo que suele estar más traumatizado —mayormente es el izquierdo— y el otro suele estar disociado sanamente y que nos puede ser útil como *testigo* y moderador.

Otra alternativa para usar esta técnica es usar anteojos con una lente oscura (y opaca) y el espacio de la otra lente que quede vacío para que el ojo de ese lado pueda observar.

Hay tres ejercicios usados en la **Técnica del Borrado del Dolor** (PET, siglas de Pain Erasing Technique) donde se aplica un ojo por vez:

a).- El consultante se tapa un ojo. El terapeuta le muestra dos dedos de una mano y los mueve en diagonal y luego de arriba hacia abajo, iniciando frente al ojo abierto del consultante, a una distancia de un metro o menos. Hacer un set de 5 movimientos. Luego, se hace el mismo procedimiento para el otro ojo.

b).- El consultante se tapa un ojo. El terapeuta le muestra dos dedos de una mano y los mueve en forma de U, iniciando a la altura frontal del ojo abierto, haciendo una curva en la zona inferior y terminando a la altura del ojo cerrado del consultante. Hacer un set de 5 movimientos. Luego, se hace el mismo procedimiento para el otro ojo.

c).- El consultante se tapa un ojo. El terapeuta le muestra dos dedos de una mano y los mueve en profundidad diagonal, o sea, desde donde está el terapeuta —a la altura frontal del ojo descubierto del consultante—, para desde ahí moverlo en profundidad diagonal (los matemáticos le llamarían el eje Z) hasta abajo en dirección del ojo cerrado.

La velocidad de los movimientos al principio es rápida y luego lenta. Hay que darse cuenta cuál de los 3 ejercicios y en qué velocidad le es más útil al consultante. La clave para termina esta técnica es cuando el ojo más disfuncional se "libera" o "destraba". Para saber esto nos podemos guiar con la Escala de Perturbación (USP) ya señalada, que califica de 0 a 10, donde cero es ausencia de perturbación y 10 es la máxima perturbación, con intermedios de intensidad que se califican subjetivamente según lo sienta el consultante.

También, la Técnica PET (Borrado del Dolor) de los Solvey y Joaquín Andrade, se puede usar para cerrar un tema o sesión donde quedara alguna sensación molesta, de perturbación o dolor emocional (o hasta físico).

Brainspotting de *Un Ojo por Vez*

En Grand (2014) se apunta que hay tanto un sistema visual consciente como uno inconsciente y cada proceso transcurre a lo largo de vías separadas en el cerebro. El sistema inconsciente guía la acción y el sistema consciente reconoce los objetos (Carter, 2009). El sistema visual inconsciente es el *visual periférico*, como ya lo señalamos en este libro en el capítulo correspondiente a las *Miradas Periféricas*.

Diseñado como un enfoque cerebro-cuerpo, se postula que con el Brainspotting (BSP) ***"donde miras afecta a cómo te***

sientes" y que las diferentes posiciones oculares de alguna manera correlacionan con actividad neuronal específica y con la experiencia interna. También parece que, por al mantener la mirada durante el estado de activación focalizada en torno a un asunto, la actividad neuronal está más focalizada y conduce a un procesamiento más económico y una resolución de la experiencia interna tanto neuronal como de las sensaciones sentidas.

Para determinar cuál de los ojos tenía mayor nivel de activación pidió a sus clientes que de modo alternativo cubrieran cada ojo para evaluar con la escala USP-SUD (**U**nidades **S**ubjetivas de **P**erturbación) el nivel del ojo abierto. El ojo con el nivel más alto en la escala SUD fue llamado "***ojo de activación***" y el ojo con el nivel más bajo "***ojo de recurso***". Una vez que estaba determinado el ojo de activación, se podía tapar el ojo de recurso y dejaban expuesto el ojo de activación. El BSP de Ventana Interior se utilizó para encontrar el punto de máxima activación en el *ojo de activación*.

El abordaje con un ojo se utilizaba cuando el cliente manifestaba un procesamiento lento, o en casos de condiciones emocionales vagas como puede ser el trastorno de ansiedad generalizada o la depresión crónica o la fibromialgia. En un principio, el autor supuso que cuando se procesaba el nivel SUD hasta cero el proceso ya estaba completo. Pero se dio cuenta que podía ser que faltara algo y comenzó a revisar el ojo de recurso después de haber alcanzado el nivel SUD cero en el ojo de activación. Observó que en la mayoría de casos había presente una activación adicional y que era necesario determinar un nuevo Brainspot en este ojo secundario. En ocasiones el nivel SUD en el "ojo de recurso" se disparó a 7, 8 o 9 y requirió un tiempo considerable de procesamiento hasta llegar a cero". Para mayor información sobre el protocolo de esta variante de Brainspotting es necesario acudir al texto base de David Grand "Brainspotting". (2010, 2014).

Breviario de casos y variantes

A.- Para la evaluación final.

Se sugiere aplicar la técnica *Un Ojo por Vez* como parte

de la evaluación final de la sensación-sentida, Brainspotting, y el trauma trabajado.

B.- Trabajar con el ojo disociado y el ojo asociado.

He escrito en otro capítulo de este libro que un hemisferio cerebral suele ser el más afectado en un trauma o conflicto, por lo que también hay que tomar en cuenta, entonces, el ojo gobernado por ese hemisferio. Por ejemplo, según van der Kolk, el hemisferio cerebral derecho suele ser el más afectado por un trauma, ¿cuál es el ojo que corresponde a ese hemisferio? El ojo izquierdo, que en este caso se le llamaría ***ojo asociado***, por estar más involucrado en el trauma, mientras que al ojo izquierdo se le consideraría el ***ojo disociado***, porque estaría menos afectado en ese trauma en particular. Sabiendo esto, podemos maniobrar con las técnicas que creamos pertinentes para trabajar con cada ojo y después integrarlos.

C.- Trabajar *Un Ojo por Vez* con otras técnicas.

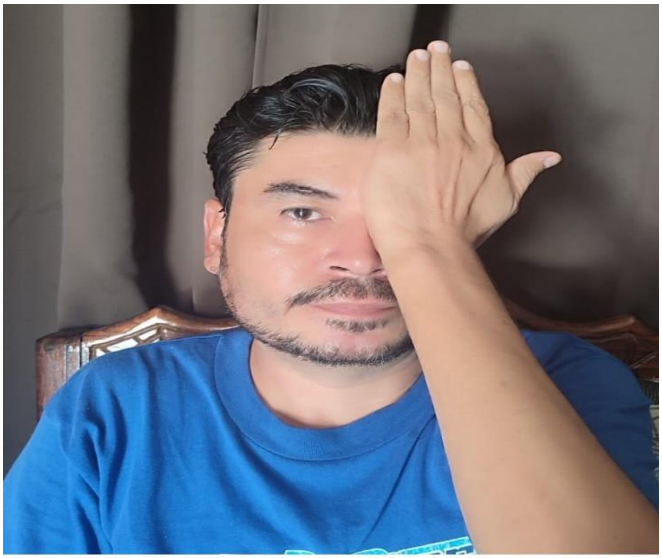
Un Ojo por Vez se puede adaptar para trabajar con las siguientes técnicas: Brainspotting, Ejercicio básico de Stanley Rosenberg, EFT, EMDR, MEMI, EMI, IEMIT, PNL, entre otras.

D.- Qué se sugiere al tapar un ojo y ver con el otro

Cuando se tapa el ojo derecho y ***se ve con el ojo izquierdo*** se sugiere trabajar o facilitar aspectos de imágenes, dibujos, tactos, kinestesias, movimientos, metáforas, cuentos, representaciones o aspectos espaciales, porque se está activando principalmente el hemisferio cerebral derecho, el lado artista o sentimental.

Cuando se tapa el ojo izquierdo y ***se ve con el ojo derecho*** se está activando el hemisferio cerebral izquierdo (el lado racional o abstracto), por lo que se sugiere trabajar o facilitar aspectos de números, palabras, frases.

TAPARSE OJO DERECHO CON PALMA
DE LA MANO DERECHA



TAPARSE OJO IZQUIERDO CON PALMA DE LA
MANO IZQUIERDA

Referencias

Andrade, Joaquin; Navatta, Florencia; y Ferrazzano de Solvey Raquel (2017). "PET: Pain Erasing Technique. Borrado del dolor y más allá...". Buenos Aires: TdeA Ediciones

Brofman, Martin (1990). La visión como una metáfora. Recuperado de:

http://www.healer.ch/es/La%20vision%20como%20un%20metafora.htm

Calderón, Mónica: Los ojos. Recuperado de: http://www.biodiana.com/2012/los-ojos/

Cook, Audrey (2000). One Eye EMDR. Recuperado de:

https://www.emdr.org.il/wp-content/uploads/2018/05/One-Eye-EMDR-Audrey-Cook.pdf

Cook, Audrey; and Bradshaw, Rick (2000). "Técnica Un Ojo por Vez": https://www.sightpsych.com/

Grand, David, Ph.D. (2010) "Brainspotting, un nuevo modelo de sintonía dual para la psicoterapia" Revista de Psicoterapia' / Vol. XX - Nº 80. DOI: https://doi.org/10.33898/rdp.v20i80.837

Grand, David, Ph.D. (2014) "Brainspotting". Edición en español: Sirio

Informnauka / Russian Science News Agency. (2007, March 26). Are You Right Eyed Or Left Eyed?. ScienceDaily. Retrieved from:

https://www.sciencedaily.com/releases/2007/03/070323135954.htm

Pascual, Rubén (2010). Lateralidad cruzada. Recuperado de: http://ocularis.es/blog/lateralidad-cruzada/

Significado del Ojo de Horus. En significados.com Recuperado de: http://www.significados.com/ojo-de-horus/

Solvey, Pablo, Dr., Ferrazano de Solvey, Raquel, Dra., y cols. "Terapias de Avanzada. Vol. I y II". Segunda edición (2008) Argentina

Vilanova, Joan Marc (2016). "Diccionario de Bioneuroemoción 2016". Recuperado de: https://www.clinicadeldoctorherrero.es/app/download/5811248020/Diccionario+Bio-Emocional+2016.pdf

7.- INTEGRAR LOS HEMISFERIOS Y LA TRIUNIDAD

"El hemisferio no-dominante, se ha dicho, tiende a desarrollar los procesos más representacionales, espaciales, integrativos, de tipo gestáltico, y es por ello el responsable de la mayoría de las representaciones de reacceso y recuerdo del pasado".

Bandler y Grinder

Un hemisferio es la mitad de una esfera. Así, se dice que nuestro planeta cuenta con un hemisferio occidental y un hemisferio oriental, o un hemisferio norte y uno sur. Esta comparación nos lleva a nuestro cerebro, donde, para efectos de su estudio, se habla de un hemisferio izquierdo y uno derecho, con funciones complementarias y en comunicación frecuente.

El cerebro dividido o lateralización

Roger Sperry recibió un premio Nobel por sus estudios en 1968 acerca de las diferencias o *lateralización (split-brain)* de los hemisferios cerebrales, y hasta se popularizó esta división, con el consiguiente surgimiento de técnicas y enfoques que buscan *integrar* estos hemisferios cerebrales. Sin embargo, en las décadas posteriores no ha surgido fundamento científico que demuestre la suposición de la necesaria integración cerebral o de que existirían personalidades con dominancia de un hemisferio u otro.

Gazzaniga y Sperry (1967) descubrieron que el hemisferio derecho desconectado, no era para nada sordo ni ciego a las palabras como se esperaba. Su descubrimiento derrumbó el paradigma imperante en la neurología sobre la actividad de los hemisferios cerebrales. Las pruebas en pacientes con "cerebro dividido" parecían indicar que el hemisferio derecho —desconectado del izquierdo— poseía una capacidad considerable para la comprensión cognitiva y la comprensión del lenguaje escrito y hablado. Estas capacidades semánticas del hemisferio derecho fueron confirmadas con posterioridad (Zaidel, 1978, citado por Carvajal y Muñiz, 2018). Cada hemisferio desconectado se comportaba como si no fuera consciente de los eventos cognitivos del hemisferio asociado. En otras palabras,

cada mitad del cerebro parecía tener su propio dominio cognitivo, con sus propias experiencias particulares de percepción, aprendizaje y memoria, todas aparentemente ajenas a los eventos correspondientes en el otro hemisferio (Sperry, 1981).

La llamada ***lateralización***, la tendencia de las regiones del cerebro a procesar ciertas funciones más en el hemisferio izquierdo o derecho, varía de persona a persona.

En la dislexia se observa una falta de asimetría izquierda de ciertas áreas del lenguaje. La lateralización cerebral insuficiente también parece desempeñar un papel en enfermedades como la esquizofrenia y los trastornos del espectro autista o en la hiperactividad de los niños.

Una gran parte de esta asimetría en los cerebros humanos no puede explicarse por factores genéticos. Esto significa que cierta asimetría está influenciada, al menos en parte, por la experiencia de la persona (Institut Max Planck, 2022).

Michio Kaku, ha escrito un libro —El Futuro de Nuestra Mente— sobre la evolución de la mente que, sin exagerar, es candidato a ser tomado en cuenta como libro didáctico, así como se contempló en su momento el libro de Carl Sagan «Los Dragones del Edén».

Escribe Kaku: "Cuando entrevisté al doctor Michael Gazzaniga, una autoridad en pacientes con cerebro dividido, le pregunté qué experimentos podían realizarse para demostrar esta teoría. Existen diversas maneras de comunicarse por separado con cada hemisferio sin que el otro tenga conocimiento de ello. Es posible, por ejemplo, hacer que el sujeto lleve unas gafas especiales en las que se le muestran preguntas a cada ojo por separado, de manera que es sencillo hacerle preguntas a cada hemisferio. Lo difícil es tratar de conseguir una respuesta de cada hemisferio.

Puesto que el derecho no puede hablar (los centros del habla están situados únicamente en el izquierdo), es difícil obtener respuestas de él. El doctor Gazzaniga me contó que, para averiguar lo que el hemisferio derecho estaba pensando, había ideado un experimento en el que el (mudo) hemisferio derecho podía «hablar» utilizando letras del Scrabble. Empezó preguntándole al hemisferio izquierdo del paciente qué haría

tras la graduación. El paciente respondió que quería hacerse dibujante. Pero la cosa se puso interesante cuando le hizo la misma pregunta al (mudo) hemisferio derecho. Este deletreó las palabras «piloto de carreras». Sin que el dominante hemisferio izquierdo lo supiese, el derecho tenía unos planes de futuro completamente distintos. El hemisferio derecho tenía literalmente ideas propias. El neurólogo V. S. Ramachandran describe a un paciente con cerebro dividido que, cuando se le preguntó si era creyente o no, dijo que era ateo, aunque su hemisferio derecho se declaró creyente".

Feldenkrais tenía una particular manera de proceder en su modelo terapéutico: "*Cuando comencé a utilizar la técnica de trabajar un solo lado del cuerpo no conocía los recientes descubrimientos sobre las diferentes propiedades de los dos hemisferios cerebrales. Como a menudo empezaba con un lado y trabajaba en otra oportunidad con el otro lado, descubrí que algunas cosas eran más fáciles de aprender con el hemisferio derecho y otras con el izquierdo, Recuerdo con claridad el momento en que me di cuenta de que, en todas las actividades aprendidas puramente humanas, tales como el habla, la lectura, la escritura y las matemáticas, predomina la actividad del hemisferio izquierdo. Es fácil prestar atención a los detalles cuando se trabaja solo del lado derecho (soy diestro) y transferir este aprendizaje al lado izquierdo en forma solo mental en nuestra imaginación Es sorprendente que esta práctica mejore la actividad del lado izquierdo en una quinta parte de las veces.*

Mi lado izquierdo adquiere mayor fluidez y práctica que el lado original. Con frecuencia comienzo con el lado izquierdo : realizo la reconstrucción del movimiento y la representación mental en el otro lado derecho" (Feldenkrais, 1981).

La ***dominancia hemisférica***, es un proceso central, inconsciente e involuntario, que va más allá del control del sujeto. Entre el 95 y el 99 por ciento de las personas diestras posee dominancia lateral izquierda en el lenguaje, como también la posee el 70 por ciento de las personas zurdas (Portellano, 2005).

La dominancia del hemisferio izquierdo para la emisión de sonidos se ha demostrado en ratones y también se asocia al croar de las ranas (Corballis, 2014).

La dominancia del hemisferio derecho para la emoción parece estar presente en todos los primates hasta ahora investigados, sugiriendo una continuidad evolutiva de al menos 30 a 40 millones de años (Lindell, 2013); y está involucrado en el procesamiento de algunos aspectos del lenguaje, como la entonación y el énfasis (Nielsen y col., 2013).

Aunque los individuos zurdos a menudo han sido considerados como deficientes o contrarios, pero esto puede estar basado más en prejuicios que en hechos. Los zurdos se han destacado en todos los ámbitos de la vida. Incluyen cinco de los últimos siete presidentes de EE. UU., estrellas del deporte como Rafael Nadal en el tenis y Babe Ruth en el béisbol, y el hombre del Renacimiento Leonardo da Vinci, quizás el genio más grande de todos los tiempos (Corballis, 2014).

El hemisferio derecho traumado

Los escáneres revelaron que, durante los flashbacks, solo se iluminaba el lado derecho del cerebro de nuestros sujetos. Nuestros escáneres también mostraban claramente que las imágenes de los traumas del pasado activan el hemisferio derecho del cerebro y desactivan el izquierdo, atrapando a la persona en un círculo vicioso de lucha/huida. Cuando a las personas traumatizadas algo les recuerda el pasado, su cerebro derecho reacciona como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo en el presente, con la misma tormenta emocional de aquella vez. El cerebro derecho se comunica mediante expresiones faciales y lenguaje corporal, y componiendo los sonidos del amor y de la pena: cantando, jurando, gritando, bailando o imitando (Rauch; Van der Kolk et al., 1996). Esto explicaría por qué muchos traumatizados enmudecen o les cuesta articular palabras de lo que están sufriendo, sea algo presente o un recuerdo traumático.

Según una investigación, hasta el 90 % de la comunicación humana se produce en el ámbito no verbal del hemisferio derecho (Goleman, 2006).

Otros tres estudios que usaron una nueva forma de ver el cerebro con la magnetoencefalografía (MEG), mostraron que las personas con TEPT sufren una mayor activación de la corteza temporal derecha: C. Catani, et al. (2009); B. E. Engdahl (2010); A. P. Georgopoulos, et al. (2010).

El cerebro dual o integrado

Sin embargo, en diversas pruebas se ha demostrado que cuando el cerebro está sin división, o sea, “normal” o con ambos hemisferios trabajando, trabajan mayormente en coordinación y no por separado. Por lo que esas evidencias derrumban el mito de la lateralización, ya que de ser cierto que una persona es creativa sólo por la dominancia del hemisferio derecho, debería poder seguir siéndolo sin necesidad del hemisferio izquierdo, y eso no ocurre.

Un estudio de Pinto y colaboradores (2017), también desafía el trabajo original de Roger Sperry y Michael Gazzaniga. Pinto propone una alternativa, el modelo de "unidad consciente, percepción dividida". Pinto afirma: "Nuestro objetivo era determinar si los pacientes se desempeñaban mejor cuando respondían al campo visual izquierdo con la mano izquierda en lugar de con la mano derecha y viceversa". En su investigación hipotetizó que un paciente con cerebro dividido puede reportar haber visto un estímulo que se muestra en el campo visual izquierdo, pero solo con la mano izquierda, no con la derecha. Y que podría reportar solo con la mano derecha y también verbalmente; porque el lenguaje es ubicado en el hemisferio izquierdo del cerebro.

Sin embargo, los pacientes pudieron responder normalmente a los estímulos en todo el campo visual, o más específicamente, con todos los tipos de respuesta: mano izquierda, mano derecha y verbalmente. Su ubicación, incluso cuando respondieron con la mano derecha o verbalmente, sucedió a pesar de que sus hemisferios cerebrales apenas pueden comunicarse entre sí por la callosotomía completa —cirugía que corta el cuerpo calloso y separa a los hemisferios cerebrales— que tenían. Los pacientes también informaron: ser capaces de ver todo su campo visual; tener sensación y control

de todo su cuerpo; y que la consciencia de unidad no cambia durante el experimento.

Pinto concluyó que, incluso sin comunicación entre los hemisferios cerebrales, no había evidencia de una conciencia dividida en los pacientes. O sea, no había evidencia de lateralidad o de cerebro dividido.

La teoría del cerebro izquierdo/derecho o del cerebro dividido no puede encasillarse en la lateralización de la función cerebral o la división de la conciencia. *Más bien, es cómo nuestro cerebro procesa la información que proviene de diferentes flujos de percepción: eventualmente llevan a las personas a comprender e integrar la información percibida y responder de manera conductual*. Es decir, que **sí hay percepción dividida, pero con consciencia integrada para dar una respuesta conductual**.

Lo que es aceptado como evidencia científica (Carvajal y Muñiz, 2018) es que el **hemisferio izquierdo** controla el lado derecho del cuerpo, sobresale en capacidad intelectual, racional, verbal, lenguaje simbólico y razonamiento analítico; y el **hemisferio derecho** controla el lado izquierdo del cuerpo, sobresale en discriminación sensorial y en capacidad emocional, no verbal y razonamiento intuitivo, así como en la atención e integración visual-espacial.

La situación actual

Actualmente hay otros modelos de cerebro más aceptados que el de Sperry, como el del cerebro Triuno de McLean.

Las investigaciones en neurociencias han ganado mucho terreno en este siglo XXI, y algunas técnicas terapéuticas se han esforzado en generar algunas investigaciones que son prometedoras de sus fundamentos, algunas con más solidez que otras, tales como EMDR, Brain Gym, Brainspotting, Psych-K, Access Bars, EFT, entre otras.

Así que no todo está dicho en la pugna cerebro dividido vs. cerebro integrado, queda mucho por descubrir en investigaciones futuras.

En muchas de las psicoterapias se busca la integración, refiriéndose a conceptos implícitos o explícitos propios de cada terapia. Por ejemplo, tenemos los siguientes:

Internal Family Systems (IFS): Integración de partes o subpersonalidades.

Terapia Gestalt: Integración de polaridades, partes y huecos de la personalidad.

Mindfulness: Integración de la consciencia llegando, por medio de atención plena al aquí y ahora, al estado del 'Yo Esencial', Self verdadero, centro espiritual o como se le quiera identificar.

Terapias de Estímulos/Tapping/Movimientos Bilaterales: Promueven implícita o explícitamente que las estimulaciones bilaterales (alternadas en zonas de ambos lados corporales) integrarán los hemisferios cerebrales o el funcionamiento de la persona. Por ejemplo: Brain Gym, EMDR, EBL, Whole Brain, Psych-K, entre otras.

Breviario de alternativas

A.- Hacer "expresarse" al hemisferio derecho.

En terapia se puede hacer a través de manualidades, sobre todo de la mano izquierda: dibujos, elaboraciones con plastilina, cogimiento de una pelota u objeto, movimientos y señales, incluso en señales de respuesta a algún test kinestésico de verificación muscular.

Ambos hemisferios son polares en sus funciones, por lo que hay que integrarlos al final de la sesión, del objetivo y del proceso.

B.- Integrar lo desintegrado.

Fritz Perls, el co-creador de la Terapia Gestalt afirma que: "*En muchas neurosis, como asimismo en muchas sicosis, vi a la*

substancia masculina y femenina en un severo conflicto; en el genio veo que los opuestos están integrados. La división entre derecha/izquierda es acentuada en la neurosis, mientras que la ambidiestridad se acentúa en el genio".

Por cierto, Perls consideraba al lado izquierdo humano como el sistema sensorio de orientación, el de los sentimientos y las emociones, mientras que al lado derecho lo consideraba como el lado motor, de las conductas respondientes, del salir adelante.

Patricia Baumgardner, quien asistió al Lago Cowichan en el kibbut Gestalt con Perls, menciona que: "*Muchas veces he visto comprobada esta relación (entre sentimientos y movimientos), con frecuencia en sueños. Para atravesar el lugar en el que el paciente se ha quedado detenido cuando se bloquea su flujo de sentimiento, que debe convertirse en conducta motora, se le debe inducir a que perciba un lado de su cuerpo y después el otro. Pídasele a continuación que sostenga un diálogo entre su lado izquierdo y su lado derecho, o tal vez entre partes de cada lado que se encuentran en primer plano (que hacen figura al paciente). Surgen polaridades con frustraciones y demandas, que en el intercambio de diálogos comienzan a integrarlas, fluyendo la emoción en el cuerpo y éste fluyendo en movimiento*".

C.- Movimientos de línea media en Gimnasia Cerebral

Paul Dennison (1990) se doctoró en el campo educativo por su investigación sobre lectura y desarrollo cognitivo. Trabajó durante más de veinte años con optometristas, especialistas en desarrollo y comportamiento. Comprobó la importancia de la ejercitación de la vista en algunos alumnos y en sí mismo —padecía dislexia—. Además, utilizó su experiencia como atleta de maratón, sus estudios de visión, *Jin shin Jitsu* y de *Touch for Health*, investigaciones en educación, aprendizaje y psicología experimental. Y de esa combinación de movimientos antiguos junto con los que innovó agrupó 25 de ellos para registrarlos como *Brain Gym* o Kinesiología Educativa.

Para entender los movimientos-de Brain Gym, el cerebro humano se puede dividir en hemisferio derecho e izquierdo (dimensión de lateralidad), bulbo raquídeo y lóbulo anterior

(dimensión de enfoque), y sistema límbico y córtex (dimensión de concentración).

Los **movimientos de la línea central** —inventados por Dennison— están enfocados a las habilidades necesarias para un fácil movimiento lateral y vertical (izquierda/derecha y superior/inferior en lo motor grueso y fino) a través de la línea central del cuerpo. La línea central vertical del mismo es la referencia necesaria para todas las habilidades laterales. El campo central (definido por vez primera por el doctor Dennison) es la zona donde los campos visuales izquierdo y derecho se sobreponen, siendo preciso que ambos ojos y sus músculos recíprocos funcionen en conjunto como si fueran uno solo.

Los movimientos de la línea central ayudan a integrar la visión binocular, el oído binocular, y los lados izquierdo y derecho del cerebro y del cuerpo para una total coordinación del mismo.

La **lateralidad** (habilidad para cruzar la línea central, trabajar en el campo medio y desarrollar un código escrito, lineal y simbólico, de izquierda a derecha o derecha a izquierda) es fundamental para el éxito académico. La incapacidad para cruzar la línea central conduce a situaciones de discapacidad para el aprendizaje y dislexia. Algunos de los movimientos ayudan a estimular la integración lateral o de los dos hemisferios. Dennison se basó en los programas exitosos de aprendizaje de Orton, Doman, Delacato. Kephart y Barsch para utilizar similares movimientos cruzados.

El **enfoque** es la habilidad para cruzar la línea central de la participación que separa el lóbulo posterior (occipital) y el lóbulo anterior (frontal). Los alumnos que no consiguen concentrarse son tachados de «faltos de atención», «incapacitados para la comprensión», «retrasados en el lenguaje» o «hiperactivos.». Los movimientos que ayudan a desbloquear el sobreenfoque del alumno se incluyen en la integración posterior/anterior y dentro/fuera.

La **concentración** es la habilidad para cruzar la línea divisoria entre el componente emocional y el pensamiento

abstracto. Nada puede aprenderse realmente sin sentimiento y sin un sentido de la comprensión. La incapacidad para concentrarse se refleja en un miedo irracional, reacciones de lucha o de huida, o en una incapacidad para sentir o expresar emociones. Los movimientos que relajan el sistema y preparan al alumno para aprender y procesar información sin carga emocional negativa, se relacionan con la concentración y el enraizamiento, así como el arriba/abajo.

Luz Ibarra: Los movimientos activan las redes neuronales a través del cuerpo haciendo que éste se conforme como instrumento del aprendizaje; por ello podemos afirmar que el aprendizaje se da conjuntamente en la relación cuerpo/mente, es decir, integralmente. Esto debilita la creencia de que el cerebro es el único almacén del aprendizaje; pues la asombrosa plasticidad neuronal necesita, entre otras cosas, el movimiento para activar ese potencial.

Los ejercicios cerebrales de Luz Ibarra y los Dennison permiten activar todos los músculos de los ojos reduciendo la reacción de estrés y ayudando a un mejor desempeño en lectura, lenguaje, atención, coordinación, escritura y otras actividades. Ibarra afirma que en niños de quien se ha abusado sexualmente los músculos oculares se atrofian.

D.- Los números en el aire.

Actividad para estimular la **integración cerebral**. Cada dedo índice de una mano simulará escribir un número en el aire. Por ejemplo, si se menciona la cifra 48, el dedo índice de la mano izquierda recorrerá en el aire el 4, y el mismo dedo, pero de la mano derecha simulará escribir en el aire el número 8. El terapeuta indicará con cuál dedo índice se iniciará cada ejercicio, además de si se harán de manera vertical u horizontal, y grandes o pequeños. Se sugiere proponer entre cinco y siete números de dos cifras, que preferentemente contengan el número ocho, por ejemplo: 48, 88, 83, 28, 89.

Referencias

Baumgardner, Patricia y Perls, Fritz (2006). "Terapia Gestalt". Segunda edición. Editorial Pax: México

Carvajal, Rubén y Muñiz, Rafael (2018). "Mitos y realidades sobre lateralidad y dominancia hemisférica: implicaciones en educación". EDUCAB Nº 09.2018. ISSN: 1856-9587. Recuperado de: https://revistasenlinea.saber.ucab.edu.ve/index.php/educab/issue/view/451/75

Corballis MC. (2014). Left brain, right brain: facts and fantasies. PLoS Biol. Jan;12(1):e1001767. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pbio.1001767

Corballis MC. (2007). The dual-brain myth. Pages 291–313. Oxford Academic. Doi: https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198568773.003.0019

Corballis MC. (2014). "La Mente Recursiva. Los orígenes del lenguaje humano, el pensamiento y la civilización". Buridán: España

Dennison, Paul y Dennison Gail. (1990). "Brain Gym". Editorial Quarzo

Dilts, R., Grinder, J., Delozier, J., and Bandler, R. (2003). Programación neurolingüística: Volumen I: El estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. México: Editorial Khaos

Feldenkrais, Moshe (1981). La dificultad de ver lo obvio. Editorial Paidós

Gazzaniga, M. S. and Sperry, R. W. (1967). Language after section of the cerebral commissures.Brain, 90, (I), 131-148.

Goleman, Daniel (2006). "Inteligencia Social: La Nueva Ciencia de las Relaciones Humanas. Social Intelligence: The New Science of Human Relationships". Nueva York: Random House Digital.

Kaku, Michio (2014). "El futuro de nuestra mente. El reto científico para entender, mejorar y fortalecer nuestra mente". Páginas: 39-40. Editorial: Debate: España

Lindell AK. (2013). Continuities in emotion lateralization in human and non-human primates. Front Hum Neurosci. Aug 8;7:464. Doi: http://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2013.00464

Nielsen JA, Zielinski BA, Ferguson MA, Lainhart JE, Anderson JS. (2013). "An evaluation of the left-brain vs. right-brain hypothesis with resting state functional connectivity magnetic resonance imaging". PLoS One. Aug 14;8(8):e71275. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071275

Perls, Frederick S. (1998). "Dentro y fuera del tarro de la basura". Duodécima edición. Editorial Cuatro Vientos: Chile

Pinto, Y., Haan, E. H. D., & Lamme, V. A. (2017). The Split-Brain Phenomenon Revisited: A Single Conscious Agent with Split Perception. Trends in Cognitive Sciences, 21(11), 835–851. doi: 10.1016/j.tics.2017.09.003

Rauch, S.; Van der Kolk, B. et al. (1996) "Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery", Archives of General Psychiatry 53 (1996): 380-87.

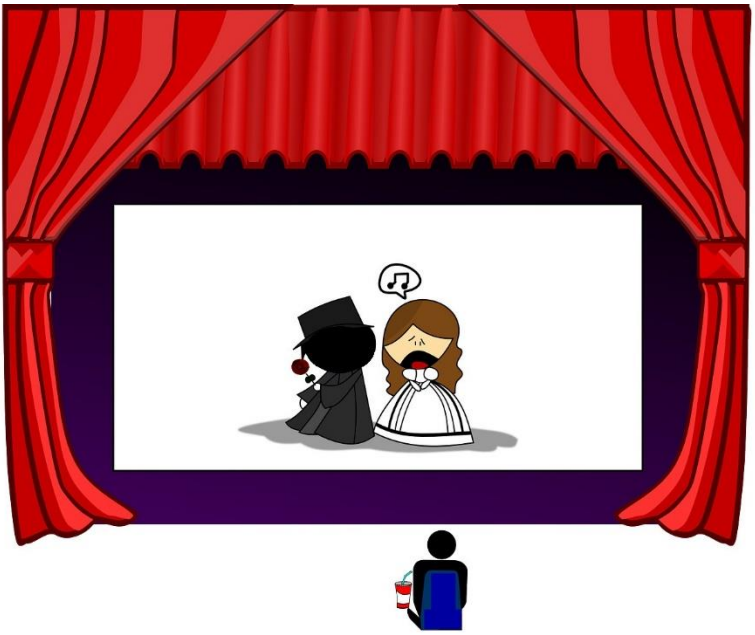
Sperry, R. (1968). Hemisphere disconnection and unity in conscious awareness. American Psychologist, 23(10), 723–733. doi: 10.1037/h0026839

Sperry, R. (1981). Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres. Nobel Lecture. 8 December, Stockholm. Doi: https://doi.org/10.1007/bf01115112

Institut Max Planck. The hemispheres are not equal A study analyzes differences in brain asymmetry among different individuals September 15, 2022. Recuperado de: https://www.mpg.de/19224941/0915-nepf-the-hemispheres-are-not-equal-how-the-brain-is-not-symmetrical-149575-x

Volz LJ and Gazzaniga MS. (2017). Interaction in isolation: 50 years of insights from split-brain research. Brain. Jul 1; 140(7):2051-2060. doi: https://doi.org/10.1093/brain/awx139

8.- ¿DISOCIADO, ASOCIADO O INTEGRADO?



¿De qué manera recuerdas un conflicto o un suceso traumático, o simplemente tienes dificultad en recordarlo?

¿De qué manera lo puedes recordar de manera terapéutica para integrarlo con más sabiduría y manejo emocional adecuado?

El estado de consciencia desde donde nos percibimos dentro de una experiencia —real, recordada o imaginada— significa estar ***asociado***. Estando asociado veo mis manos, mis piernas y el libro que estoy leyendo, pero no puedo ver mi espalda ni mi cabeza. Estando asociado en un recuerdo o una imaginación escucho con mis oídos y siento el dolor y las sensaciones en mi propio cuerpo.

En el Diccionario *Oxford Languages*, **Disociar** significa "Separar una cosa de otra con la que estaba unida".

Estando ***disociado*** me veo desde algún ángulo, de cerca o de lejos ***veo mi rostro***, ***mi espalda***, mi abdomen, todo mi cuerpo, pues, como si fuera un dron vigilando. Estando disociados visualizamos el recuerdo o la imaginación en calidad de espectador. Se contempla a sí mismo como un actor hablando a la distancia, como estando viendo una película y se halla capaz —y este es el punto esencial—de desarrollar unas sensaciones muy distintas a las que experimenta la persona implicada en la escena, a pesar de que esa persona lo representa a usted mismo (Mohl, 2019). Estando disociado puede observar o vigilar en un recuerdo que su persona está sufriendo un dolor, miedo o vergüenza. Sin embargo, como la contempla desde una distancia, esto le permite un mejor manejo de lo que piensa y de lo que siente como observador disociado-distanciado.

A partir de aquí se desprenden diversas maneras de trabajar la disociación, por ejemplo, el manejo de emociones traumáticas ocurridas en la niñez como lo sugiere Anabel González en algunos ejercicios terapéuticos (ver su libro *Las cicatrices no duelen*, 2022).

Diferentes tipos de Disociación

No cualquier disociación es terapéutica, así como no cualquier disociación es “mala”.

Nos podemos disociar de manera voluntaria o involuntaria, consciente o inconscientemente.

La disociación puede ocurrir por un *shock* o por una psicopatología de largos años.

En este capítulo nos interesan, sobre todo, las disociaciones con aplicaciones terapéuticas.

EMDR, Brainspotting e IFS

Tanto Dolores Mosquera como Anabel González en sus libros promueven el EMDR como una excelente alternativa para el tratamiento de transtornos disociativos.

Mosquera (2004), en un repaso de la relación que hay entre la mirada psicopatológica con la disociación, particularmente en el Transtorno Límite de Personalidad (TLP), se refiere a dos trastornos en concreto:

A. *Trastorno de despersonalización* (que según el DSM-IV se caracteriza por una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad). Nota: en el DSM 5 se le renombra como *Trastorno de despersonalización/desrealización.*

B. *Trastorno de Identidad Disociativo* (antes "personalidad múltiple" y que según el DSM-IV se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario). Estos rasgos comunes son la pérdida de memoria, los problemas de

concentración, los recuerdos más limitados y la "desconexión de uno mismo". Nota: en el DSM 5 el criterio se caracteriza por la presencia de 2 o más estados de identidad o personalidad.

Según el DSM-IV, la característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Creo que esto también puede ser de aplicación en muchos casos de personas con TLP.

Resumiendo los tipos de Disociación, la tenemos como:

1.- *Protectora egoica:* estados o subpersonalidades del yo.

2.- *Protectora del trauma:* separación necesaria para la supervivencia en un suceso extremo.

3.- *Psicótica o psicopatológica:* fragmentaciones extremas en el yo por traumas complejos y desajustes neurofisiológicos.

4.- *Consciente y terapéutica:* puede lograr transformaciones a través de diversas técnicas.

5.- *Atenta y plena:* disociación acompañada por mindfulness.

6.- *Meta-Disociación:* La del Self Esencial

Anabel González (2017) nos revela algo muy importante sobre el desarrollo de la identidad y la disociación: "*Sin crecer con la mirada de otro que vea quienes somos a un nivel profundo, la forma en la que nos miramos a nosotros mismos va a estar distorsionada desde la base. Habrá aspectos de nuestra personalidad que no podremos aceptar, porque fueron ignorados o reprimidos por las personas con las que nos criamos.*

Al hacernos adultos, esos aspectos funcionarán fuera de nuestra conciencia y no podremos regularlos. Cuando se

activen, no nos sentiremos identificados con ellos, no entenderemos por qué sentimos, pensamos o hacemos esas cosas. Nuestra percepción en ese momento será: "no soy yo, esto no tiene que ver conmigo, esto no va con mi carácter".

La identidad, la definición de quienes sentimos que somos, se aprende en el espejo de las primeras relaciones, y se va configurando a partir de las interacciones con las figuras significativas de nuestra historia. Si cuando manifestamos una emoción vemos rechazo en la cara de las personas con las que convivimos, interiorizaremos ese rechazo".

Brainspotting es otra de las técnicas terapéuticas poderosas para acceder a los sistemas de experiencia no procesada registrados en el cerebro subcortical y promover su procesamiento adaptativo de manera rápida y eficaz; pero cuando se trata con personas severamente traumatizadas y con diagnósticos de Estrés Postraumático muy complejo, el procesamiento despertará a su vez las defensas rígidas y extremas que la persona elaboró para sobrevivir: negación, olvido, desconexión y aletargamiento afectivo; todas ellas manifestaciones de una *disociación extrema*. Estos mecanismos disociativos ayudaron a sobrevivir, pero ahora son a la vez mantenedores del trauma.

Así que cuando en Brainspotting queremos acercarnos al trauma original, los mecanismos disociativos se activarán y despertarán de manera similar a como actuaron para proteger el cerebro del cliente de sentirse abrumado o sobrepasado por el terror y el dolor. Así pues, la terapia con estos pacientes se hace más compleja y técnica, y el terapeuta habrá de emplear conocimientos y habilidades terapéuticas específicas para trabajar con un cerebro muy desregulado y poco resiliente. Esto implicará, entre otras cosas, que el terapeuta ayude al paciente a trabajar en encuadres más enfocados y más definidos como manera de poder promover la cura y el procesamiento por partes o fragmentos de la experiencia. Una manera de hacerlo es considerar e identificar la complejidad interna del sistema dividido: las

Partes de la personalidad que se han fragmentado y que cohabitan el mundo intrapsíquico del cliente, convirtiéndolo en un sistema interno complejo, o muy complejo, que habitualmente está en pugna (Salvador, 2018).

Por cierto, en su libro *Más Allá del Yo*, Mario C. Salvador toma como un recurso muy valioso el marco de IFS de Richard Schwartz para trabajar esto junto con Brainspotting en el manejo de estados del yo disociados en consultantes.

PNL y disociación

Menciona Gallo (2005) que cuatro terapias para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) se presentaron en la Conferencia "*Ingredientes activos en tratamientos eficientes de PTSD*" en la Universidad Estatal de Florida en Tallahassee el 12 y 13 de mayo de 1995. Esta conferencia fue presidida por el director investigadores del proyecto de demostración clínica sistemática del mismo título (Carbonell y Figley, 1995, 1996, 1999; Figley et al., 1999). Los métodos terapéuticos investigados fueron la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) (Shapiro, 1995), **la disociación visual/kinestésica (V/K/D, Bandler y Grinder, 1979)**, la Reducción de Incidentes Traumáticos (TIR, Gerbode, 1989) y la Terapia de Campo de Pensamiento (TFT, Callahan, 1985).

Todo empezó en 1993, cuando Carbonell y Figley solicitaron "nominaciones" de terapias altamente efectivas y eficientes para el trastorno de estrés postraumático de médicos con experiencia en el tratamiento del trastorno. La solicitud no se limitó a los métodos documentados de eficacia aprobados por la Asociación Americana de Psicología (APA). Los investigadores estaban dispuestos a explorar cualquier método, sin importar cuán extraño fuera, siempre y cuando cumpliera con los criterios de inclusión en el estudio. Esta solicitud se envió a aproximadamente 10 000 miembros del

consorcio de Internet *InterPsych*, así como a muchos otros terapeutas e investigadores en seminarios, conferencias, etc.

Se recibieron más de una docena de nominaciones; sin embargo, solo los cuatro métodos mencionados anteriormente cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio. En este sentido, cada enfoque requirió la verificación de la efectividad por parte de aproximadamente 200 a 300 médicos autorizados o certificados que tratan regularmente a clientes traumatizados. Tenía que producir un alivio significativo de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en unas pocas sesiones. La repetibilidad en condiciones de laboratorio también fue esencial para evaluar el método en la Universidad Estatal de Florida. El método también tenía que ser fácil de enseñar a los paraprofesionales, ya que una respuesta coordinada a crisis como los desastres naturales es de obvia importancia. Además, los principales desarrolladores y/o practicantes debían estar dispuestos a tratar a los clientes en la Universidad Estatal de Florida durante una semana en condiciones de investigación.

De 51 sujetos seleccionados, solo 39 completaron el tratamiento. No obstante, las primeras evaluaciones de seguimiento dentro del rango de 4 a 6 meses revelaron que ***todos los enfoques produjeron una reducción sostenida en las unidades subjetivas de angustia (SUD)*** (es decir, las calificaciones de los sujetos sobre su nivel de angustia al revisar los recuerdos traumáticos), aunque en muchos casos fue evidente un rebote mínimo en el nivel de angustia. El promedio de unidades subjetivas de calificación de angustia antes del tratamiento en una escala de 0 a 10 fue entre 8 y 9.

La disociación visual/kinestésica de la PNL probablemente se modele a partir del comportamiento de terapeutas de renombre como el hipnotizador-psiquiatra Milton H. Erickson, MD, y Frederick S. Pearls, MD, Ph.D., fundador de la terapia Gestalt.

Afirma Ricardo Ros que una de las cosas que descubrieron los PNListas hace mucho tiempo es que las

personas que se habían curado de una fobia es que se habían disociado de la experiencia, mientras que los que la sufrían, revivían en un instante (o sea, recordaban asociadamente) una situación que les producía pavor. Por lo tanto, una de las técnicas principales del patrón de cura de fobias es lograr que la persona de disocie del recuerdo (a veces se requiere doble o triple disociación).

La disociación implica recordar el evento con la imagen interna que incluye al observador, un evento que no podría haber ocurrido en el momento del evento original. Esta posición produce una disminución significativa en la intensidad afectiva en relación con el recuerdo asociado. Con la disociación visual/cinestésica, este cambio perceptivo parece ser un factor causal principal para promover el alivio del trauma. Sin embargo, se debe enfatizar que la disociación es un aspecto del procedimiento inducido temporalmente, ya que luego se indica al paciente que vuelva a asociarse y mantenga los "aprendizajes" adquiridos durante la fase de disociación.

En PNL, se establece una distinción útil entre dos formas de recordar experiencias visuales. Una persona está asociada a una experiencia (como si la volviera a experimentar y mirara a través de sus propios ojos la escena que la rodea) o disociada de ella (viéndola desde algún otro punto de vista). Con una vista asociada, la persona ve, oye y siente el evento como lo hacía cuando estaba ocurriendo. Una persona podría decir: “Estoy mirando mis manos temblorosas y siento que me sudan las palmas; ¡Lo estoy reviviendo de nuevo!”. Esta percepción del evento ubica la conciencia de la persona dentro del cuerpo, en lugar de observarse a sí misma atravesando la experiencia desde alguna perspectiva externa (Young, 2004).

En una vista disociada, una persona podría decir: “Me estoy viendo desde el otro lado de la habitación. Parece que mis manos están temblando en mi regazo”. Mientras que una persona que usa una vista asociada se describe como "en la

experiencia", en una vista disociada una persona está "fuera de ella". O'Conner (2001) llegó a describir la asociación y la disociación como dos formas diferentes de experimentar el mundo.

Más importante aún, cambiar la perspectiva visual de un cliente de asociado a disociado (o viceversa) puede cambiar su percepción y reacción a la experiencia en sí. Considere a Rodney, un oficial de policía urbano que estaba sentado en su patrulla en una calle oscura cuando se dispararon contra su vehículo. Se sintió atrapado y entró en pánico. Posteriormente, cada vez que pensaba en la experiencia, sus reacciones físicas y emocionales eran severas. Cuando se le preguntó desde qué perspectiva recordaba la experiencia, respondió que se sentía como si estuviera sentado de nuevo en su coche patrulla y miraba frenéticamente a su alrededor. Le pedí que reprodujera la experiencia, pero que la viera desde fuera del coche ya cierta distancia. Cuando lo hizo, la gravedad de sus reacciones físicas y emocionales disminuyó.

La comprensión de las vistas asociadas y disociadas condujo al desarrollo de una técnica de PNL estandarizada llamada disociación cinestésica visual o **V/K/D**. La V significa la representación visual de un recuerdo particular y la K la representación cinestésica, o sus sentimientos asociados. Según Dilts y DeLozier (2000), V/K/D es una combinación de las técnicas hipnóticas de Milton Erickson y las estrategias de clasificación espacial de Fritz Perls. El enfoque fue introducido por Bandler y Grinder (1979) y se utilizó como tratamiento para traumas y fobias.

Para separar a su cliente de sus reacciones negativas a un recuerdo perturbador mientras usa V/K/D, usa una metáfora de película para crear una nueva forma de ver la experiencia. Guías verbalmente a tu cliente a una sala de cine imaginaria y le pides que se siente cerca del escenario y la pantalla de cine. Luego, pídales que imaginen que pueden "flotar" su conciencia (y otro par de ojos) fuera de su cuerpo en el asiento y hacia la cabina de proyección del balcón. Desde allí, pueden verse sentados en el teatro, mirando el

escenario, así como todo lo que se muestra en la pantalla de cine.

Luego le pide a su cliente que "ejecute" una película del estado del problema desde la cabina de proyección, mientras se observa simultáneamente en el asiento del primer piso y la recreación del estado del problema en la pantalla.

Esta estrategia crea lo que se llama una doble disociación en PNL. Eliminado dos veces de la recreación de la experiencia traumática en la pantalla, su cliente ya no es un participante sino un observador. Este estado separador creado por V/K/D impide las reacciones ásperas y habituales de la memoria. Proyectar una película de la experiencia de principio a fin y verla desde la cabina de proyección también sirve como una interrupción del patrón que insensibiliza la memoria y calma sus reacciones neurosensoriales.

V/K/D puede volverse aún más complejo, involucrando interacciones imaginarias entre la persona sentada en el cine y su yo más joven en la película. Una estrategia complicada pero notablemente efectiva, V/K/D puede usarse solo como una "cura" para el PTSD y las fobias, o en combinación con MEMI. Esto es sólo una breve descripción de la técnica.

"*A medida que nuestra atención se dirija a los canales perceptuales internos, comenzaremos a disociarnos del mundo externo. A esto le he llamado entrar en estado de trance*" (Federico Pérez, 1994). O sea, a mayor consciencia externa, menor trance; a mayor consciencia interna, mayor será el trance.

Bandler y Grinder (2021) en sus talleres de trance relatan lo siguiente:

¿Qué sentido puede tener decir a alguien que no le estás hablando a él, sino a sus oídos? Generalmente, el resultado es una disociación. Otra variación es decir "Ahora no te estoy hablando a ti, le estoy hablando a él."

¿Habéis observado que cuando le hice la pregunta solicitando información auditiva, moví el brazo dirigiendo su mirada hacia arriba y hacia la izquierda?

Ella lo siguió con la vista, así que estaba mirando en una dirección que le permitía acceder a información visual, pero no auditiva. Es otra forma de conseguir disociación. Así que, no es sorprendente que afirme tener amnesia sobre lo que yo dije.

—¿Recuerdas lo que he dicho esta vez? (Bandler mueve el brazo hacia abajo y hacia la izquierda de ella).

—Dijiste que tenía amnesia, porque me dirigiste al acceso de información visual y no auditivo.

Bien. Puede recuperar lo que he dicho cuando la dirijo hacia el canal adecuado. Si quiero amnesia, la dirijo hacia un canal inadecuado. Como le pedí que recordara lo que yo había dicho, es adecuado dirigir su mirada hacia abajo y hacia su izquierda, si quiero que sea capaz de recordarlo.

Si quiero que pueda recordar los movimientos de mis brazos, dirigiré su mirada hacia arriba y hacia la izquierda. Así que si la dirijo deliberadamente a un canal distinto de aquél donde está almacenada la información, tendrá amnesia.

Por ejemplo, si una persona está muy especializada visualmente, puedo hacer con él una inducción de superposición y conducirlo a un estado de conciencia cinestésica. Cuando vuelve a su estado de conciencia normal, será automáticamente amnésico —disociado— de su experiencia de trance.

"*Quiero que te veas a ti mismo a esa edad concreta y tengas una sensación de curiosidad sobre lo que ocurrió exactamente... con los ojos y los oídos abiertos a lo que ocurrió, y una sensación de bienestar al saber que sobreviviste a eso.*" Eso crearía una disociación de la sensación desagradable, así como el reencuadre del contenido. Esa es la base de la técnica de PNL para curar

Fobias, descrita con detalle en *De sapos a Príncipes* (Bandler y Grinder, 1998).

Las posiciones perceptivas en PNL

Para Serrano (2022), las "Posiciones perceptivas" es una técnica muy útil en PNL que tiene como objeto resolver conflictos, mejorar nuestras habilidades y flexibilidades de comunicación como seres humanos. Hay tres posiciones perceptivas principales:

1.- La posición de ***uno mismo asociado*** y experimentar el mundo desde mi propia posición: veo y escucho a otras personas y al mundo que me rodea desde mi propio punto de vista, tengo mis propias creencias, emociones y sentimientos.

2.- ***Otra posición*** es experimentar el mundo desde la posición de otra persona, lo que algunos llaman *empatizar*. Si recuerdo una conversación con un amigo, la recuerdo como él, viendo y escuchando eventos desde su punto de vista, sintiendo los sentimientos de su cuerpo, emociones y creencias. En Terapia Gestalt se trabaja esta parte a través de la *silla vacía* o *silla caliente*.

3.- La posición de ***observador*** significa experimentar el mundo desde afuera, como un observador, lo experimento de forma *disociado*. Me observo a mí mismo y a cualquier situación en la que me encuentre desde el exterior, como si estuviera viendo a alguien más.

Una vez que experimentamos un evento en las tres posiciones perceptivas, el segundo paso es alinear las posiciones perceptivas. Esto significa tener los tres principales sistemas de representación (visual, auditivo y cinestésico) en la misma posición perceptiva, al mismo tiempo.

Cuando se está en posición de observador, observándote a ti mismo y a la otra persona. Haz que tu

posición y la posición de la otra persona estén exactamente a la misma distancia de ti que el Observador.

Entonces, tu inconsciente puede marcar esto y comenzar a experimentar con dónde y cuándo tomará automáticamente esta posición en el futuro, de modo que lo que no le resulta familiar se vuelva muy familiar, un recurso automático para ti. Simplemente asegúrate de tener la flexibilidad para pasar de un lado a otro entre las posiciones.

4.- Para la Escuela superior de PNL, la cuarta y última de las posiciones perceptivas PNL es la del ***Nosotros,*** porque completa la totalidad de las relaciones involucradas en un proceso dado. Todas las posiciones siempre están involucradas en todo proceso, de allí que las cuatro sean parte de un todo relacional, para no fragmentar la experiencia, la cual, debe ser global para ser efectiva.

Allí, con el *Nosotros*, se observa la totalidad del sistema, pero no ya desde afuera (en caso del observador neutro), *sino como parte del mismo*, con conciencia de la experiencia de todas y cada una de las partes. Recordemos que en un proceso de experiencia podemos imaginar que estamos fuera, pero en realidad estamos involucrados. Por tanto, debemos volver a ***integrarnos*** con lo alcanzado en la posición neutral pero ahora con la conciencia de ser parte del sistema que hemos analizado desde diversas perspectivas.

Atención dual y disociación

Según Andrade (2020), se supone que el enfoque de atención dual es un ingrediente principal de la disociación y el reprocesamiento del movimiento ocular (Shapiro, 1995) y posiblemente también de la terapia del TFT de Callahan, ya que ambos implican estimulación física mientras el sujeto atiende al recuerdo traumático. Sin embargo, la forma en que se produce dicha estimulación simultánea es significativa. Para que un sujeto preste atención a los elementos del entorno al mismo tiempo que atiende a un recuerdo traumático, una distracción que sin duda se produce incluso cuando no se están realizando esfuerzos terapéuticos puede

no proporcionar este ingrediente de manera suficiente. Movimientos específicos de los ojos, golpecitos con las manos y chasquidos de los dedos (Shapiro, 1995, p. 67), escuchar sonidos bilaterales únicos (Yourell, 1995) y hacer tapping en puntos específicos de energía en el cuerpo.

Una característica relevante de la atención dual es que ayuda al cliente a permanecer enfocado en el aquí y ahora, lo que necesariamente altera la experiencia del tiempo pasado.

Por otra parte, las resistencias al tratamiento a veces indican la presencia de disociación, que es una forma de defensa de la intensidad insoportable de algunos traumas vividos como circunstancias límite. La disociación se produce como mecanismo adaptativo e inconsciente frente al dolor intenso y al miedo aterrador que produce vivenciar o ser testigo de un acontecimiento traumático, agudo o crónico, y frecuentemente "separa" o fragmenta una conducta de alerta (como un ataque de pánico o una somatización por conversión) de la estructura cognitiva y/o emocional que causó la reacción. Permanece el síntoma (consecuencia) pero no se recuerda el pensamiento o emoción (causa) que lo originó.

El tipo de disociación de presentación más frecuente es la Amnesia disociativa, en la que el paciente presenta incapacidad para recordar información relativa a sucesos traumáticos.

Kluft (en Tasman y Goldfinger,1991) define algunos principios de tratamiento de los Trastornos Disociativos:

1.- Fuerte "abrazo terapéutico" paciente-terapeuta-familia.

2.- Lo que "está oculto" debe "salir a luz" para lograr la curación.

3.- La disociación se basa en la separación entre las

partes (*alters*). Debe desarrollarse la cooperación e identificación entre partes.

4.- Se debe tratar por igual a cada alter, sin favoritismos.

5.- Deben comunicarse esperanzas realistas, autoestima y seguridad.

6.- Regla de los tres tercios: el primer tercio de la consulta se dedica a identificar el evento disociado, el segundo tercio es empleado para trabajar en él y el tercer tercio para reestabilizar al paciente.

7.- A menudo, la disociación es una defensa por sucesos que pasaron cuando, adultos que deberían haber protegido al niño no lo hicieron. El clínico debe ofrecer al paciente una cálida sensación de respaldo.

Finalmente, es importante decir que Garry Flint desarrolló una técnica de gran eficacia para el tratamiento de las disociaciones, que funciona mejor que las otras técnicas que conocemos, incluyendo al tapping, que denomina PROCESS HEALING o PH que consta de 11 pasos.

La Teoría Polivagal y la disociación

"La teoría polivagal interpreta la disociación en respuesta al riesgo de muerte como un componente de la respuesta defensiva de la inmovilización o la tanatosis. Ve en ella una reacción adaptativa ante retos potencialmente normales, que, a diferencia de una respuesta de tanatosis prolongada, no compromete las necesidades neurobiológicas de oxígeno y flujo sanguíneo.

Basándonos en la teoría polivagal, podemos especular sobre la existencia de una gradación en las reacciones frente al riesgo de muerte: desde el bloqueo y colapso totales, semejantes a las respuestas de tanatosis comunes en los pequeños mamíferos, hasta la tanatosis con disociación". (Porges, 2018)

A diferencia de los modelos y psicoterapias tradicionales en que se creía que solamente existía un sistema de defensa —el simpático de lucha/huida—, la teoría polivagal descubrió un segundo sistema de defensa: *el parasimpático del nervio vagal dorsal*, que lleva a reaccionar con inmovilización, bloqueo conductual, desmayo, disociación, y a veces hasta la muerte.

En sintonía con la teoría polivagal, primero es atender el estado fisiológico, luego será la terapia. Es decir, primero es la neurobiología, luego la psicología y la terapia. Por eso, terapias como la *Somatic Experiencing* de Levine primero trabajan la seguridad y la sensibilización o reconexión corporal, a través de un Programa para sanar el trauma en 12 fases (Levine, 2013). También, para superar el retraimiento, confinamiento, aletargamiento, depresión y disociación será útil centrar a la persona en su aquí y ahora, para que recupere su capacidad de sentir su cuerpo, su respiración, su sensibilidad de expresarse emocionalmente. Para esto servirán técnicas de Gestalt, Bioenergética, Mindfulness, Focusing, entre otras, que movilicen el cuerpo, las sensaciones y emociones de alguien. Asimismo, será importante también que la persona se ponga en movimiento físico caminando, corriendo o en algún ejercicio físico en casa, gimnasio u otro lugar, como lo sugiere el propio Stephen Porges.

Si nos referimos a inmovilización con disociación, tal vez la persona está en peligro de muerte o en un trastorno psicótico agudo, crónico o que puede remitirse parcial o totalmente.

Muchas veces, la ansiedad, bloqueo, parálisis, disociación o tensión de un deportista no corresponde a la activación de la respuesta de lucha/huida (Grand y Goldberg, 2015), sino que son consecuencia de la respuesta de parálisis o bloqueo con miedo, correspondiente al estado de supervivencia *vagal-dorsal*. Por lo que las técnicas cognitivo-conductuales no alivian la situación, y a veces hasta pueden

ser contraproducentes. Al enfrentarse a una situación similar al trauma o lesión original, el cuerpo del deportista o atleta activa la respuesta de lucha/huida/o parálisis, y las habilidades reflejas se desconectan enseguida, por lo que el trauma pasa automáticamente a funcionar en modo autoprotector y esto es involuntario en el deportista, quien se frustra y no entiende lo que le pasa.

Aunque el bloqueo no baste para perder el conocimiento, la consciencia cambia y se reducen extremadamente los recursos cognitivos. Puede peligrar la capacidad de tomar decisiones y hasta de evaluar la situación. Permite que un individuo sufra terribles abusos sin sentirlos conscientemente y que, por lo tanto, sobreviva. En humanos, también se puede relacionar con la disociación. Es el principal regulador parasimpático de los órganos que hay por debajo del diafragma, aunque también en ocasiones puede afectar el corazón y los pulmones. En caso de no poder huir ni luchar, quizás nos bloqueemos automáticamente, lo que sucede a menudo en abusos sexuales, asaltos armados, secuestros, entre otros. Hay un problema cuando usamos el circuito de inmovilización para defendernos, porque el sistema nervioso carece de una vía eficaz para abandonarlo. Muchos pacientes acuden a terapia porque no pueden superar el circuito de inmovilización. Es un shock o colapso del cuerpo ante un peligro extremo. Es la inmovilización con miedo.

Transtornos psiquiátricos/psicológicos relacionados con la disociación patológica son: de bipolaridad, personalidad límite —borderline—, psicosis, transtornos disociativos, algunos traumas graves o complejos. Algunos casos de: migrañas, dolor crónico, alergias, desmayos, náuseas, depresión profunda, autismo, síndrome del intestino irritable, la fibromialgia, la obesidad y otros problemas intestinales, dificultades para practicar el sexo y disfrutarlo, aunque lo deseen. Se aprecia en mujeres que pueden defecar durante las relaciones sexuales. La disfunción crónica de algunos trastornos disociativos nos daría pistas sobre el enorme impacto que sufrió el sistema nervioso autónomo, comprendiéndose que tuvo que entrar en marcha el último recurso de afrontamiento —el sistema vagal-dorsal— que

suele ser una experiencia traumática, psicoactiva grave, accidental o muy estresante.

Este sistema parasimpático vagal-dorsal, en los fenómenos de paralización o de la disociación conlleva —dice Porges— baja presión arterial de la sangre, se enfría la piel, se tensan los músculos, la visión se desenfoca y se pierde contacto con la realidad —desrealización— y a veces la persona tiene una crisis de identidad llamada despersonalización —cuando se siente vacía, irreconocible o confusa de sí misma—.

En la lógica de la Teoría Polivagal de Porges, para salir de estados disociativos se recomienda estimular actividades y acciones que promuevan el sistema parasimpático vagal-ventral o social. En mi libro "*Teoría Polivagal Práctica y Terapia* ", ofrezco 60 ejercicios neuronales y 40 aplicaciones prácticas y terapéuticas derivadas de esta teoría tan importante para comprender y tratar los traumas.

La Disociación en MEMI

La disociación terapéutica crea una separación visual imaginaria entre su cliente y su memoria traumática durante el tratamiento. Cuando se le pide que proyecte una imagen angustiosa de la experiencia en una superficie al otro lado de la habitación, se crea una distancia física beneficiosa entre su cliente y la imagen traumática. En la nomenclatura de la salud mental, el término disociación significa algún tipo de ruptura con la conciencia.

Estos estados van desde los relativamente inofensivos (perder la parada del autobús) hasta los gravemente patológicos (como en el trastorno de identidad disociativo).

Combinar el término terapéutico con disociación para describir este procedimiento en MEMI *Multichannel Eye Movement Integration* (Integración del Movimiento Ocular Multicanal) indica que la técnica es beneficiosa, no

patológica, lo que da la vuelta al término disociación y demuestra cómo las construcciones negativas también pueden considerarse valiosas en la PNL.

Guion para la disociación terapéutica en MEMI

Como medio para reforzar la separación en el tiempo y el espacio entre su cliente y su estado problemático, también utilizará vocalizaciones y gestos especializados junto con la disociación terapéutica. Después de recordarle a su cliente que está anclado de manera segura en su estado de recursos, presentará la disociación terapéutica con el siguiente guion:

"*Cuando sea el momento de comenzar los movimientos oculares, Mary Ellen, proyectarás la imagen de tu experiencia en la pared...*

Haz un gesto hacia la pared con tu mano dominante.

. . . a través de la habitación. No ahora, pero cuando te lo diga. Tan pronto como proyectes la imagen, levantaré mi pluma hasta esta posición".

Levante el dedo o el bolígrafo hasta la posición de acceso del futuro visual de su cliente.

"*Esa será tu señal para poner tus ojos en el bolígrafo y seguirlo donde quiera que vaya, mientras tratas de no parpadear*".

Demuestre cómo deben moverse los ojos siguiendo su dedo o bolígrafo con sus propios ojos mientras lo mueve.

"*Moverás solo tus ojos, y no tu cabeza. Moveré el bolígrafo lentamente, pero si se vuelve incómodo por algún motivo, házmelo saber y haremos los ajustes. ¿OK?*"

Busque una respuesta afirmativa.

"*Recuerda, estás sentado aquí en el presente...*"

Haga un gesto con las dos manos abiertas hacia su cliente en la silla, luego "dispare" el ancla.

"*... y sentirse Poderoso*".

Nuevamente, gesticule con su mano dominante hacia la pared, gire la cabeza y “lance su voz” en esa dirección.

“*Estarás observando una versión más joven de ti mismo allá, pasando por esa experiencia pasada*”.

Continúe mirando en esa dirección, gesticule y vocalice hacia la pared, al tiempo que vigila a su cliente por si se rompe la compostura.

“*Eres libre de modificar la imagen de la forma que quieras para que sea más cómoda...*

desenfocándola, cambiándola de color a blanco y negro... Si es una película, puedes reproducirla cámara lenta... puedes hacerlo más pequeño...baje el volumen... o puede mover la imagen más lejos.

“Cuando terminemos con los movimientos de los ojos, me mirarás y tomaremos un breve descanso. Luego te pediré que vuelvas a mirar hacia afuera y me digas si lo que ves es igual o diferente. No te guiaré ni te entrenaré de ninguna manera. ¿OK? ¿Listo para comenzar?

La disociación en las Constelaciones Familiares

A continuación, Bourquin (2014) describe algunos elementos claves en constelaciones familiares con pacientes traumatizados:

Para el cliente se eligen habitualmente por lo menos dos representantes —aunque pueden ser tantos como partes o yoes se trabajen, incluyendo el Yo Esencial del IFS— uno representándole en la edad en la cual ocurrió el suceso traumatizante, y otro representándole en la edad actual. Un

trauma causa una ***disociación*** en la persona afectada, en la cual una parte se mantiene 'congelada' en la vivencia de entonces. *Gracias a los dos representantes es posible abordar esta parte traumatizada del cliente, ayudarla a salir poco a poco del estado paralizado y poner ambas partes del cliente – el desamparado y el sobreviviente – en contacto entre sí.*

O sea, cuando el cliente contempla desde afuera a sus representantes, lo está haciendo *disociado* terapéuticamente, separado de alguna manera del conflicto, a una distancia prudente y sin estar *asociado* imprudentemente al problema.

Si en este encuentro la parte —representante— traumatizada experimenta protección, afecto y comprensión, se relaja profundamente. Pero a veces esto no es posible, pues la parte —representante— actual del cliente se manifiesta en el modo de supervivencia, nada empática con la parte dolida y sin ganas de contacto. Puede que el cliente mismo, si lo quiere, *entre hacia el final del proceso en la constelación*, para encontrarse consigo mismo, mejor dicho, con sus diferentes partes. Si le es posible acercarse y entrar en un contacto empático con ellas, se ha conseguido un paso decisivo hacia la superación del trauma *y la integración de las diferentes partes en el cliente.*

No obstante, la consigna de Bourquin para el cliente antes de entrar en su constelación es que simplemente debería seguir sus impulsos. No hay que hacer 'lo correcto', lo que uno se imagina que se debería hacer ahora. Es importante que preste atención a sí mismo, a su cuerpo, y se deje llevar por lo que le surja. También puede volver en cualquier momento a su silla, si lo desea. Lo que me interesa, es el contacto del cliente con sus partes, y su darse cuenta al hacerlo. No interesa el 'final feliz'. Cualquier prejuicio, auto exigencia o forzamiento del terapeuta puede tener un efecto opuesto en el cliente, al forzarle a avanzar demasiado rápido.

Si en la constelación aparece la figura de un perpetrador, por ejemplo, la persona que abusaba del cliente, Bourquin la coloca en el lugar opuesto a máxima distancia del cliente. Además, le ordena quedarse en este lugar y bajo

ningún concepto adentrarse en la escena o acercarse al cliente o a su representante. El objetivo es que no aumente la sensación de amenaza más allá de la causada por su mera presencia. Incluso puede que en un momento dado yo me coloque personalmente delante de él, como un muro de protección para el cliente. A veces solo entonces le es posible dejar de mirar al perpetrador y atender a su propia parte herida. En este formato no interesa enfocarse en la relación entre el cliente y esta persona, o solamente como un paso posterior dentro del proceso de sanación. La prioridad la tiene la relación del cliente consigo mismo.

Pienso que en este contexto es importante distinguir entre la dinámica perpetrador-sobreviviente y la dinámica perpetrador–victima. Esta última tiene un papel importante en las Constelaciones Familiares, aunque se refiere normalmente a personas ya muertas que fueron víctimas de violencia. El caso del trauma personal no es lo mismo y requiere otro enfoque para su sanación que simplemente un enfrentamiento con el perpetrador. Puede que en la muerte todos sean iguales, pero en la vida uno siente esto muy diferente.

Por otra parte, en las Constelaciones Familiares Individuales —incluso Caja de Arena— con muñecos u otros materiales, el hecho de que el consultante observe a los muñecos como representantes de él, de sus partes, de sus familiares o personas asociadas con su conflicto, lo pone en una distancia o separación —disociado terapéuticamente—.

Los Yoes o subpersonalidades

¿En qué cuadrante del campo visual se localizan cada uno de los yoes?

¿En qué cuadrante se localiza el Yo Controlador?

¿En qué cuadrante se localiza el Yo del problema trabajado?

En TAT, se sabe que algunas veces hay una parte de uno o mismo que, de alguna forma, se beneficia con el problema que se está trabajando. De cualquier forma en que esta parte se haya involucrado en lo que sucedió, este

paso ayudará a sanarla, le dará a usted paz y un sentido de estar más integrado. Simplemente mantenga la Postura TAT, y ponga atención a los pasos a seguir. Las palabras para este paso son: “Todas las partes de mí que estaban involucradas en esto se están sanando ahora”; y/o: “Dios, gracias por sanar todas las partes de mí que estaban involucradas en esto”. Si usted siente que hay alguna resistencia a la sanación, haga la Postura TAT y tenga un diálogo (en silencio o en voz alta) con la parte que se está resistiendo. Esa puede ser una parte de su niño interior, una parte protectora o una parte física, como su estómago. Aunque no sepa cuál es esa parte, lo puede hacer; converse aun así, asegúrele a esa parte que el pasado ya pasó y que ahora puede relajarse.

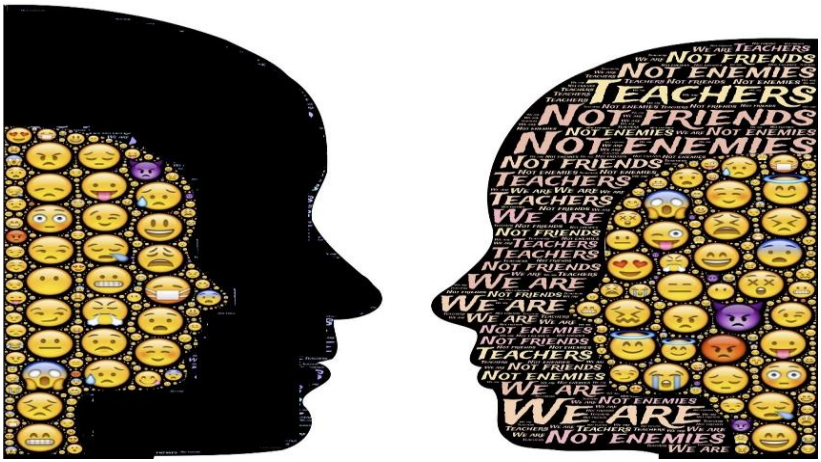
Este tipo de trabajo terapéutico se refiere a que los estados del yo son las también llamadas partes, divisiones, subpersonalidades o egos de una persona. Los psicoanalistas se referirán al Yo, Super Yo y Ello, los analistas transaccionales mencionarán el Niño, el Padre y el Adulto

Primero: Encontrar la proyección de cada estado a través de: Dibujo, Personaje elegido, Persona elegida, Carta de Tarot, Visualizarse a sí mismo, pero con ciertas características de nombre, actitud, ropa, etc., elegir una ficha, objeto, imagen, brainspot, mueble, juguete o monito; un color: etc. Cada estado del yo descubierto deberá ir acompañado de una creencia negativa, una emoción, una zona corporal donde se sienta o resuene esa emoción y creencia, y con qué imagen/recuerdo/trauma más antiguo de su vida lo asocia.

Segundo: Trabajar terapéuticamente con una o más técnicas, por ejemplo: Estimulaciones Bilaterales, EMDR, Constelaciones individuales, Sillas Gestalt, Terapía de Roles, Diálogo de Voces, Brainspotting, Cuento proyectivo creado por el consultante, etcétera. Aquí puede elegirse un escenario donde desfilen todos los estados del Yo, por ejemplo: un Teatro, un Cine, un Restorán, un Jardín, una Fiesta, etc. Y se les llamará por turno, para dialogar con ellos. Atentos sobre cuál lado aparece cada estado del Yo,

cómo y dónde aparece, hacia dónde está mirando el consultante, vestimenta, qué edad tiene, cómo se llama, etc. El terapeuta y el consultante tendrán que mostrar respeto, curiosidad y apertura ante cada estado del Yo, porque todos tienen una intención positiva.

Tercero: Finalizar con una integración impactante y metafórica de los estados del yo, por ejemplo: reunidos en un carro; sentados alrededor de una fogata en un bosque; sentados en la sala de la casa del paciente; parados en círculo, tomados de la mano y recitando una oración religiosa o espiritual; el consultante instalará la integración con estimulaciones bilaterales y con una posición integrativa usada en Psych-k mientras realice la integración de los estados de sus yoes; etcétera. Nota: los estados del yo sugeridos (a reserva que surjan otros) son: El Critico destructivo; El Agresivo-Violento; El Víctima; El Mediador; El Religioso-Espiritual; El Niño; El Adulto maduro; El Traumatizado; otros. En caso de que no tenga establecido el Estado de Yo Adulto Maduro, entonces hay que facilitarle que lo instale con estimulaciones bilaterales y posturas integradoras (Gancho de Cook y/o juntar los dedos) usadas en Psych-K. Hay que detectar cuáles estados del Yo son saboteadores o bloqueadores del proceso, para trabajar primero con ellos. Uno de estos suele ser El Agresivo, también El Traumatizado.



Breviario de casos y variantes

A.- Disociarse a futuro

En la visualización de una meta u objetivo es esencial visualizarse en la imagen futura (disociado) y de manera alegre o exitosa; en caso de que se vea estresada la persona entonces hay que relajarla con Meteos mariposa u otras técnicas. Una vez relajada y con imagen futura positiva que la persona se asocie y se evalúe con una escala subjetiva, si se evalúa a tope positivamente entonces hacer visualizaciones alternadas entre su imagen disociada futura y su mano derecha. La explicación de elegir la mano es porque genera una poderosa ancla motora y práctica cada vez que necesite motivarse al estar haciendo algo con su mano (trabajos escritos, quehaceres, estudios, etcétera). También se procede así para crear una *filia* —atracción o afición por algo—, por ejemplo, bibliofilia —atracción por los libros—.

B.- Alternativa para remediar el insomnio

Una estrategia contra el insomnio es viajar entre los pensamientos yendo en un vehículo construido con nuestra imaginación: un ovni, un barco, una nave, etc. Y recorrer cada aspecto de esos pensamientos.

C.- Disociación tratada con lo auditivo y táctil

David Grand (2013) asegura que, en su experiencia, el uso de estimulación bilateral auditiva o táctil tiene ventaja sobre el movimiento de los ojos, particularmente en relación al procesamiento con los ojos cerrados.

D.- *El llamado a que salgan los aspectos del yo*.

En esta técnica (Grand, 2013) se le pregunta al consultante si quiere trabajar con la visualización de estar en un bosque o en una habitación segura con varias, una oficina con múltiples cubículos, un salón de conferencias o un teatro vacío. Este abordaje puede tanto ser aplicado proyectiva o directivamente, o una mezcla de ambos. En el primer caso, se instruye al consultante de que él escucha susurros en el bosque o pasos detrás de la cortina del teatro y sospecha

que es una de sus *partes*. Se le pide que la llame para entrar y que le haga saber al terapeuta cuando haya aparecido. Entonces, se le pide al consultante que observe y defina esa *parte* o *aspecto del yo*. ¿Cuál es su nombre? ¿Qué edad tiene? ¿Cómo luce? ¿Qué ropa tiene puesta? ¿Qué expresiones hay en su cara y en su postura? Luego se va llamando a los otros aspectos del yo para que vayan saliendo ordenadamente. *El abordaje más directivo es instruir al consultante para llamar a su aspecto del yo crítico o auto agresivo*. Luego se llama a su aspecto del yo víctima. Posteriormente, los aspectos del yo niños, inseguros, enojados o peleadores, adultos competentes, paternales, sanadores, etcétera, son aspectos muy importantes para traer en un modo directivo o no-directivo para la comunicación, negociación, cooperación y sanación mutuas. El cierre de esta técnica debe ser hecho guiando al consultante en la visualización de los aspectos del yo *tomados de las manos y diciendo su plegaria*, *poema, canción o meditación sanadora favorita*. Si están listos, *pueden ser guiados a mezclarse lentamente uno dentro del otro*. Este ejercicio es también mejor hecho dentro de la estructura del protocolo de EMDR. Cuando uno retorna al protocolo después de la incorporación de este método, encontrará a menudo que ha ocurrido un movimiento substancial en la imagen y en toda la experiencia, indicado por un puntaje significativamente bajo del nivel de la escala SUD.

E.- Disociación de 3 partes

Will MacDonald lo explica así: Detén el recuerdo y sal de ti mismo para que te veas sentado allí en el automóvil. Se siente diferente, ¿no? Esta disociación puede permitir que el fóbico se acerque al recuerdo de un evento traumático de una manera relativamente no amenazante.

Para hacer más cómodo el recuerdo de la experiencia, la persona puede proyectar las imágenes en la pared, alejándose un poco de ellas. Esto lo convierte en una disociación de dos partes. Para que sea una disociación en tres partes, la persona también puede verse a sí misma en el

presente como si estuviera en una sala de cine mirando desde la perspectiva de la cabina de proyección. Él puede verse a sí mismo sentado allí. mirándose a sí mismo en la pantalla en ese otro momento y lugar donde ocurrió el hecho. Es una buena idea anclar esta disociación de tres partes para que, si la persona comienza a asociarse en el evento, pueda disparar el ancla y mantenerlo fuera.

O sea, en la disociación de tres partes:

Primera disociación: Tú mismo dentro de la pantalla de un cine en una película de tu recuerdo.

Segunda disociación: Tú mismo como único espectador sentado en una butaca viendo la película de tu recuerdo.

Tercera disociación: Tú mismo como encargado de la cabina de proyección de la película.

F.- Escala de Experiencias Disociativas (DES II)

David Grand (2013) dice que primero determina el nivel de Disociación a través de la Escala de Experiencias Disociativas DES II.

La DES-II se corrige sumando los porcentajes señalados y dividiendo el total por 28. Puntuaciones de 30 o superiores indican la posible existencia de un trastorno disociativo y sugieren la necesidad de una evaluación complementaria mediante el proceso de evaluación clínica o entrevistas diagnósticas ya que la escala no proporciona diagnósticos DSM. Los pacientes con trastorno por estrés postraumático también obtienen puntuaciones altas. Personas sanas o con otras patologías mentales suelen puntuar por debajo de 20 (*ver enlace de esta escala en referencias de este capítulo*).

G.- Caso de un trastorno límite de personalidad

En este caso de trauma complejo, el adulto manifestó una historia de vida que incluía maltratos recibidos en su

niñez, sufrir un atentado a golpes donde casi pierde la vida, padecer epilepsia, realizar asesinatos, antecedentes penales por robos, intentos de suicidio, vacío existencial y problemas de relación familiar.

Comenta escuchar 12 voces agresivas, comandadas por una voz líder que identifica como "*la más destructora y endemoniada*".

Facilité a él un trabajo con diversas técnicas y enfoques, principalmente elementos de Brainspotting, dibujos proyectivos, IFS, aspectos transgeneracionales, diálogos entre subpersonalidades en la técnica gestáltica silla vacía y MEMI. Al mismo tiempo que también ha recibido tratamiento psiquiátrico.

Después de 17 sesiones conmigo, sus avances son notables.

H.- Caso de descontrol de ira

Adolescente con serios problemas en el manejo de su ira. Le indico que parece tener visión telescópica. Le explico que esa visión de túnel abarca muy poco espacio del campo visual, dejando de lado la mayor parte del espacio.

Lo instruyo a que con un papel cartoncillo elabore un tubo y pruebe a mirar la pared que tiene enfrente. Entonces comprende lo que le vengo diciendo. Luego, lo invito a que queme el telescopio. Sale la comparación de que el capitán Jack Sparrow (de la película *Piratas del Caribe*) también usa un telescopio y tiene problemas de mal manejo de la ira. Le pregunto ¿Quieres parecerte a Jack Sparrow o a Johnny Deep?

Después, le sugiero observarse disociadamente en su pantalla mental, en casos donde perdió el control de la ira.

I.- Caso de hombre enojado

Disociado observará fríamente su otro Yo que está

enojado y desesperado. Luego le dará unas palmadas. Mirar también dónde ubica en la pared este enojo, al mismo tiempo que se aplica *tapping* alternado a los lados de la boca (con las cinco yemas de las manos), hasta que bostece 5 veces. Al final también desaparece su dolor de cabeza y sensación de agruras.

J.- Identificar y trabajar un ego

El ego, entendido como un defecto parte de la personalidad, lo identificaron y trabajaron en una sesión grupal de esta manera: Con movimientos oculares en pared de enfrente, música biolateral de Grand, mindfulness, disociación en visualización, frase EFT: "*Aunque actúo corajudo, me acepto totalmente como soy*". Explorar lo constructivo (intención positiva) y destructivo de ese ego.

K.- ¿Dónde colocar exactamente la silla vacía?

La silla vacía es un recurso básico en la Terapia Gestalt. Y pocos se han puesto a analizar o intuir el mejor lugar para colocarla. Cabe recordar que la silla vacía es una técnica de disociación.

Mi respuesta: Colocar la silla en la dirección donde el consultante ubique a la persona con la que tiene un conflicto o trauma. Si expresa no saber, observar hacia dónde dirige su mirada. Si no le importa en donde la colocará, después se le puede sugerir moverla hacia otra posición. En otras ocasiones podríamos guiarnos por las lateralidades; hacia la izquierda lo femenino y hacia la derecha lo masculino.

L.- Ver el problema desde una nueva posición y distancia

En ocasiones, la disociación la podemos aplicar estando en una posición o distancia distinta a la que normalmente tenemos o estamos enfrascados. Precisamente, para salir del frasco, ocupamos colocarnos en una posición o a una distancia diferente a la que acostumbramos. Por ejemplo, un

consultante solía exagerar en sus preocupaciones sentado en un determinado sillón de su sala y cuando estaba en su cama.

Le sugerí que cuando iniciaran sus preocupaciones en esos lugares se levantara y fuera a otro lugar inmediatamente, digamos su patio o un jardín. Así lo hizo, sorprendiéndose de que esas preocupaciones disminuyeran y se le generaran alternativas de solución para lo que antes (en su sillón y en su cama) no se le ocurrieran.

M.-Ejemplos de estar en modo *asociado*

Sentir dolor de algo físico o emocional; soñar siendo el protagonista que sufre o vive el sueño como si fuera real; sentir placer; sentir celos o ira cegándose; fobias; compulsiones; sentir asco, miedo o tristeza; sentir alegría o sorpresa.

N.- Ejemplos de estar en modo *disociado*

Indiferencia afectiva; perspectiva de segunda, tercera o posteriores posiciones perceptuales; ver a quien nos representa en una constelación de personas o de muñequitos; imaginar a alguien o a nosotros mismos en una silla vacía o en algún objeto en que nos proyectamos consciente o inconscientemente.

Cuando estudié la Maestría en Terapia Gestalt en INTEGRO Guadalajara hubo una materia en los últimos trimestres que consistió en realizar una práctica de entrevista psicoterapéutica y alguien más grabaría esto.

Al estar haciendo la entrevista estaba en modo asociado. Cuando después observé la grabación y me vi a mí mismo, estaba en modo disociado.

Referencias

Bandler, R. y Grinder, J. (2021). “Trance-fórmate. Curso práctico de hipnosis y comunicación eficaz”. Undécima edición. España: Alfaomega

Bandler, R. y Grinder, J. (1998). De sapos a príncipes. Primera coedición. Chile: Cuatro Vientos-Cosmovisión

Bandler, Richard y MacDonald, Will (1989). “An Insider’s Guide to Sub-Modalities”. UK: Meta Publications ed.

Bourquin, Peter (2014). El trato del trauma en las constelaciones familiares. Recuperado de: https://www.centromariazambrano.com/sed-ut-perpiciatis/

Carbonell, J.L., & Figley, C.R. (1999). Running head: Promising PTSD Treatment Approaches. Traumatology. DOI:10.1177/153476569900500106

Deninger, Mike (2021). Multichannel Eye Movement Integration. The brain science path to easy and effective PTSD treatment. Ed. Gracie: USA

Diccionario *Oxford Languages:* https://languages.oup.com/google-dictionary-es

Escala de Experiencias Disociativas, (Dissociative Experience Scale-II) DES II:

https://emdrtherapyvolusia.com/wp-content/uploads/2016/12/DES_II_Spanish.pdf

Escuela superior PNL. Posiciones perceptivas PNL. Recuperado de:

https://www.escuelasuperiorpnl.net/posiciones-perceptivas-pnl/

Flint, Garry: Process Healing en: http://www.emotional-freedom.com/process.htm.

Gallo, Fred P. (2005). “Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health”. Second Edition. United States: CRC Press

González, Anabel (2017). “No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes y profesionales”. Publicación independiente

Grand, David (2013). “Definiendo y redefiniendo EMDR. Nuevas estrategias clínicas”. Brasil: Treinamento e Consultoria EMDR Brasil

Grand, David y Goldberg, Alan (2015). “Así es tu cerebro cuando haces deporte: Cómo vencer para siempre los bloqueos, el desánimo y la ansiedad”. España: Eleftheria

Icarán, E., Colom, R. y Orengo-García, F. (1996). Experiencias Disociativas: una escala de medida. Anuario de Psicología, 10, 69-84.

Levine, Peter (2013). ”Sanar el trauma. Un Programa pionero para restaurar la sabiduría del cuerpo”. Editorial Neo Person

Martínez-Bernal, Juan Carlos (2021). “Teoría Polivagal Práctica y Terapia”. Publicación independiente recuperada de Kindle.

Mohl, Alexa (2019). “El aprendiz de brujo PNL”. 14ª edición. España: Sirio

Mosquera, Dolores (2004). “Diamantes en Bruto (I). Un acercamiento al Transtorno Límite de Personalidad”. Pléyades: España

Pérez, Federico (1994). “El vuelo del ave fénix. Aplicaciones de hipnosis ericksoniana y programación neurolingüística”. México: Pax

Porges, Stephen W. (2018). “Guía de bolsillo de teoría polivagal: El poder transformador de sentirse seguro”. Editorial Eleftheria. Recuperado de kindle

Ros, Ricardo. Revista electrónica Chasquido en www.pnlnet.com

Salvador, Mario C. (2018). “BSP, disociación y estados del yo”. Artículo recuperado de: https://aleces.b-cdn.net/wp-content/uploads/2019/08/articulo-4.pdf

Serrano, Mari Cruz (2022). Las posiciones perceptivas. Recuperado de:

https://www.innov-arte.com/blog/27-pnl/155-alineando-posiciones-perceptivas-en-pnl-caso-practico.html

Young, P. (2004). Understanding NLP: Principles and Practice (2nd Edition). Editorial House of the Crown.

9.- TRABAJAR SUBMODALIDADES VISUALES

"El trabajo con submodalidades es, lejos, la técnica
más precisa que existe en PNL.
Quizás por ello es que se la deja de lado:
exige al operador gran atención, estudio, y
preocupación por los detalles"
Ricardo Ros

"Lo importante es que, para cualquier experiencia ada,
hay una diferencia que marca la diferencia:
un ajuste de submodalidad que da como
resultado una respuesta diferente".
Will MacDonald

Dentro de la PNL (Programación Neurolingüística) hay varias técnicas donde utilizan cualidades visuales que ellos las denominan submodalidades visuales. Es decir, dentro de las modalidades sensoriales: visual, auditiva, cenestésico, entre otras, en la primera señalada existen sub-modalidades o derivados de la modalidad visual, que se relacionan con características de variables, tales como:

Color. Luminosidad. Nitidez. Enfoque. Distancia. Forma. Marco. Posición. Movimiento. Orientación. Asociación. Dimensión. Proporción. Tamaño. Entre otras…

Cada variable de submodalidad visual cuenta con una baraja de posibilidades o representaciones que se aplicarán a eventos sucedidos, que están sucediendo o quizá puedan suceder, es decir, aplicándolo a los tiempos pasado, presente y futuro.

Por ejemplo, el color tiene siete categorías principales, además del blanco y negro, y un sinfín de combinaciones.

Aplicando esto a un recuerdo se puede indagar si la persona recuerda a color o en blanco y negro, ¿se ve asociado o disociado? ¿es una imagen fija o en movimiento? ¿es un recuerdo que ve borroso o nítido?, etcétera.

Afirman los Andreas (2009) que el trabajo con submodalidades fue un amplio campo nuevo de posibilidades que abrió Richard Bandler. Siendo el primer conjunto de técnicas originales que no modelaron de ningún gigante terapéutico.

Las submodalidades son consideradas como elementos básicos de manifestación de los procesos internos. Siendo, de alguna manera, una expresión de nuestro inconsciente.

Para trabajar con las submodalidades hay libros enteros dedicados a esta tarea, principalmente escritos por

Bandler y los Andreas. Y se trata de ***reencuadrar***, modificar o manipular las cualidades de dichas submodalidades, de tal manera que logre transformar percepciones, creencias, sentimientos e impresiones.

En este capítulo describiremos brevemente algunas de esas maneras.

Intercambio de mapas o estados

Es importante distinguir las submodalidades que hay en un mapa —estado— problemático y uno con recursos útiles/positivos. Para entonces intercambiar esos mapas/estados y lograr transformar un mapa problemático en uno con recursos apropiados.

Los Andreas (2009) mencionan que: "*este es el método que hemos utilizado para ajustar líneas temporales, crear un futuro convincente, construir compulsiones y cambiar criterios (creencias) y sistemas de referencias. Y sus aplicaciones parecen infinitas, incluso para modelar la estructura de la excelencia*".

Estos autores dan ejemplos de sus aplicaciones: un hombre que era alérgico al vino tinto y a la cerveza negra resolvió su problema tomando las submodalidades de estas bebidas e intercambiando mapas con las submodalidades del vino blanco y la cerveza rubia, que no le producían alergia.

Con esta técnica de intercambio de mapas se llega de la flojera a la motivación, de la seriedad a lo absurdo, del aburrimiento a la fascinación, de lo repetitivo a lo nuevo, de sufrir por una pérdida a sufrir mucho menos, etcétera.

Por ejemplo:

Submodalidades del Mapa/Estado 1: Conducta desmotivada para realizar una tarea:

Lejos.

Disociado.

En blanco y negro.

Borrosa.

Opaca.

Submodalidades del Mapa/Estado 2: Conducta motivada para jugar fútbol:

Cerca.

Asociado.

En color.

Con nitidez (claridad)

Con Brillo.

Para encontrar más ejemplos de *intercambio de mapas* en casos reales sugiero la lectura de los dos libros de los Andreas (1991 y 2009), Bandler (1997) y Alexa Mohl (2019), señalados en las referencias de este capítulo.

Líneas del tiempo

La Línea del Tiempo es una representación espacial de la temporalidad. Representa la vida desde el nacimiento y hasta donde se considere que está la muerte. Es una línea sobre la que vamos avanzando o retrocediendo con el tiempo, por lo que contiene la temporalidad del pasado, presente y futuro.

Las submodalidades visuales se usan para representar las *líneas del tiempo* de cada persona, estableciendo una relación entre el tiempo y el espacio. El orden que se suele

dar a la línea de tiempo es de avance del pasado hacia el presente y hacia el futuro; mientras que el retroceso o regresión sería en dirección del futuro al presente y de este hacia el pasado. Podemos descubrir esto a través del lenguaje de la persona.

En la línea de tiempo personal encontramos las creencias y valores principales, los eventos que marcaron su vida, conectando de una manera más fácil su pasado, su presente o su futuro cuando sabemos en qué zonas espaciales detecta esa representación y trayectoria subjetiva.

Hay dos tendencias principales.

La primera consiste en ***ubicar el pasado detrás y el futuro delante, mientras que el presente se sitúa en el lugar que estamos***. A esta forma se le denomina "asociado al tiempo" o "en el tiempo". Los individuos que están "asociados" al tiempo viven esencialmente en el presente y en el futuro próximo. Se interesan poco por el pasado pues no lo ven. Tienden a vivir "el momento" como les llegue y... ¡a llegar con retraso a una cita! Están tan metidas "en" sus cosas que carecen de perspectiva cuando juzgan una situación. Las líneas del tiempo de “Abajo hacia Arriba” son escasas en el mundo occidental, pero extrañamente casi todas tienen esta línea del tiempo en Japón.

La segunda tendencia consiste en ***considerar la línea temporal a distancia, situando generalmente el pasado a la izquierda, el futuro a la derecha, y el presente más o menos enfrente***. En este caso, se está disociado del tiempo. Las personas que están "disociadas" del tiempo se perciben como más frías. Planifican, reflexionan y, por lo general, son puntuales. Pueden tener tendencia a no dejarse llevar por el disfrute pleno del momento presente, ya que juzgan la situación o se encuentran ya más allá de ella. También se puede dar el caso de una Línea Temporal que sea una variante o combinación de ambas. Algunos sujetos poseen una línea que sube y baja, con una o varias curvas, que se enrolla sobre sí misma o que es circular. Tales variaciones

son el reflejo de los períodos fuertes de la vida de esas personas. En el caso de la línea del tiempo de "Izquierda a Derecha" el pasado está usualmente a la izquierda en las personas diestras y a la derecha en las personas zurdas.

Para darnos cuenta de cómo pensamos y actuamos debemos darnos cuenta de cómo codificamos el tiempo. Para esto es útil el siguiente ejercicio:

Piensa en cómo era tu desayuno hace cinco años.

Piensa ahora en tu desayuno de hace una semana.

Piensa en tu desayuno si fuera justo en este mismo instante.

Piensa ahora cómo será el desayuno dentro de una semana.

Piensa cómo será dentro de cinco años.

Probablemente tengas una imagen de estos cinco ejemplos en forma de películas o de imágenes. ¿Cómo sabrías cuál es cuál? Mira las imágenes de nuevo y fíjate en las diferencias.

Determina cuáles son las submodalidades visuales:

¿En qué espacio o cuadrante de tu campo visual las ubicas?

¿Hacia dónde mueves los ojos o la cabeza cuando piensas en cada una de ellas?

¿Qué tan brillante es cada una de las imágenes o qué tan opacas?

¿Cuáles tienen movimiento o son fijas?

¿A qué distancia están de ti y en qué dirección?

Otras preguntas respecto a submodalidades visuales (color, tamaño, nitidez, marco, dimensión, etc.)

Una vez contestando estas preguntas —puedes agregar más si tomas en cuenta más submodalidades visuales— tendrás una mejor idea de cómo configuras o codificas tu tiempo o temporalidad en tu pasado, en tu presente y en tu futuro, y que no tendrá casi nada que ver con la manera en que tu pareja o tu consultante codifiquen su temporalidad propia.

Supresión

Es una técnica que reencuadra submodalidades visuales para suprimir alguna imagen interna que consideramos no nos es útil.

Suelen ser imágenes de alguna obsesión, fascinación molesta, terror o miedo, trauma.

Se trata de metaforizar una supresión o desaparición de la representación interna —imágenes fijas o en movimiento— valiéndose de reencuadres que impliquen una destrucción total que suprima lo que se considera inadecuado, inútil o perturbador.

La supresión como técnica la uso bastante dentro de mi *caja de herramientas terapéuticas*. Por ejemplo, facilito que el consultante queme, entierre, tumbe, rompa, rasgue, aviente un objeto, sumerja, destruya, vomite, escupa, grite, desmenuce, estruje, explote, golpee, transforme en ceniza, polvo o agua.

Se le guía y dan opciones al consultante de qué manera quiere suprimir o destruir sus imágenes internas.

Yo uso en algunas ocasiones fuego, papel, cojines, pelotas, dibujos, cestos de basura, plastilina, goma de borrar, pintarrón, etcétera.

Patrón *¡Swish! visual*

También conocida como ***Chasquido***, esta es una de las técnicas más eficaces de Richard Bandler, incluso él lo ha escrito con sus propias palabras (1997).

Los tres elementos fundamentales de esta técnica son (Andreas, 2009):

1.- La imagen clave con la que se inicia la técnica.

a.- Ubicar el *contexto* donde se desarrolla la conducta problemática.

b.- Seleccionar una *imagen clave* que siempre esté ahí, justo antes de que ocurra la *conducta problemática desagradable*. En caso de que identifique varias imágenes, entonces preferir usar una imagen interna.

c.- En la imagen clave tiene que aparecer usted de manera **asociada**, no disociada.

2.- La autoimagen deseada.

a.- El consultante elige la meta como una imagen motivadora, atractiva y que contenga los recursos útiles necesarios.

b.- En la autoimagen deseada tiene que aparecer usted de manera **disociada**, no asociada.

c.- Te verás a ti mismo con capacidades y recursos, no haciendo conductas específicas alternativas. Esto para movilizar los recursos de tu inconsciente.

d.- Asegurarse de que la autoimagen deseada está con un equilibrio de realidad y viabilidad, no de perfeccionismo ni fantaseosa.

e.- La autoimagen deseada tiene que estar *sin un contexto específico*. Esto para que se pueda generalizar sin problemas a muchos contextos. Puede usarse un trasfondo blanco.

3.- Usar 2 submodalidades visuales potentes.

a.- Esta técnica se hace preferentemente con los **ojos cerrados**, a menos que el consultante no se pueda concentrar así.

b.- **Simultaneidad:** Que primero la *imagen clave* se vuelva más pequeña y débil, ***y después*** que la autoimagen se vuelva más brillante. Pero hacer estas dos acciones de manera simultánea, rápida, o sea, la transición entre las dos imágenes debe durar solamente un segundo, o menos.

c.- **Dirección única:** Es absolutamente esencial hacer el *¡swish!* en una dirección única: de la clave a la autoimagen deseada. Esto se consigue creando una interrupción al final de cada *¡swish!*, por ejemplo, dejando en blanco la pantalla interna o abriendo los ojos.

d.- **Hacer el *¡swish!***

Por ejemplo, si se eligiera trabajar con las *submodalidades de tamaño y brillo*, que comience viendo la ***imagen clave***, grande y brillante, abarcando toda la pantalla mental. En seguida forme una imagen pequeña, oscura, de la ***autoimagen deseada,*** ubicándola en la esquina derecha de abajo. La pequeña imagen oscura crecerá, se hará brillante y cubrirá la primera imagen, la que se oscurecerá y se achicará tan rápido como usted diga "chasquido". En seguida, borre todo lo que quedó en la pantalla mental o abra los ojos de tal manera que nos mire a los ojos.

Nota: Los Andreas mencionan que les ha resultado más eficiente ubicar la autoimagen deseada pequeña y oscurecida ***al centro*** de la pantalla mental, y no en la esquina derecha de abajo como recomienda Bandler.

e.- **Repeticiones:** Suelen ser suficientes 5 repeticiones para que el patrón *¡swish!* Quede instalado.

f.- **Indicadores no verbales para evaluar:** Observar lo no verbal para verificar cambios. Cuando una imagen se acerca rápidamente la cabeza, esta tiende a echarse hacia atrás, la respiración se hace más rápida, los ojos se agrandan un poco y el tono muscular aumenta —se tensa—. Lo contrario sucede cuando una imagen se aleja.

g.- **Comprobaciones:** Preguntar sobre cambios en las submodalidades visuales internas del consultante.

Es fundamental, entonces, que en la técnica *Swish* la primera imagen (negativa) sea asociada y la segunda disociada. Cuando la imagen negativa es disociada es mejor recurrir a la técnica del tris-tras y jugar con las submodalidades.

Breviario de casos y variantes

A.- VERIFICAR LA LÍNEA DEL TIEMPO.

Clarificar la Línea del Tiempo antes de hacer el VAK a Futuro.

Verificar y evaluar las zonas del pasado, presente y futuro, incluyendo del trauma trabajado. Caso Jiennie que su presente y futuro estaban muy cerca uno del otro. Al trabajar la zona de futuro qué tiene que visualizar o experimentar el cliente para que se cumpla su meta o resuelva su problema. En caso de que haya mucha ansiedad por el futuro, que dialogue el cliente del presente con el del futuro.

Consejos del Yo del Futuro (3ª posición).

Volviendo al asunto de la línea temporal del futuro, menciona Steve Andreas que: "*La gente que sufre de problemas con las drogas y el alcohol puede sacar ventaja de una línea de tiempo de un futuro más atractivo. Si su futuro*

es corto, pequeño o esté en un lugar en donde no puede ser visto, claramente sus necesidades y los deseos no encontrarán buena receptividad. La gente con este tipo de futuro tiene generalmente dificultad para perder peso, para guardar hábitos positivos de la salud, para planear o para establecerlos y para alcanzar objetivos".

La Línea del tiempo futuro, si no es funcional, se tiene la posibilidad de recodificarla. Para esto, hay que investigar la dirección de la mirada del consultante. Hay que observar todos los indicadores no verbales que hace el consultante mientras clasifica su línea de tiempo.

También, hay que encontrar las características o submodalidades de la ***zona del futuro***: asociado/disociado, color/blanco y negro, pequeño/grande, longitud corta/larga, luminosa/oscura, claro/borroso, cerca/lejos, inmóvil/en movimiento, imágenes/película, nitidez/transparencia, enfoque, localización espacial (dirección, ángulo, altura, posición, inicio y final de la línea del futuro),

¿Cuáles submodalidades son las más críticas para el consultante para codificar su línea temporal?

Importante diferenciar el futuro a corto plazo (una semana) y a largo plazo (en 5 años), suele ser en una longitud distinta. Que el consultante experimente qué le sucede si modifica el patrón de línea temporal ¿mejora, queda igual o empeora?

En una consulta, una persona, a la que llamaremos Sebastián, lado dominante diestro, ubica su pasado a su derecha, y en su centro ve su presente y su futuro. Esto le trae ventajas y desventajas. Veamos, tiene problemas (corroborados en su historia de vida) para plantearse metas a largo plazo, ya que prefiere metas a corto plazo, y mejor aún, vive el presente ¿Por qué? Porque tiene encimados el presente y el futuro en una misma zona (al centro de su mirada).

Otro hombre también ubicaba muy cerca su presente de su futuro, sin embargo, él se caracterizaba por fantasear

mucho en su futuro, en vez de centrarse en su presente, lo que evidentemente le ocasionaba problemas en su aquí y ahora. Por lo que se le sugirió que separara y anclara las nuevas ubicaciones temporales de su presente y su futuro, lo cual aceptó.

B.- Dolor de cabeza en un participante al terminar la sesión grupal.

Se llevó a cabo una sesión grupal por parte de este autor, el tema principal fue la dependencia a drogas. Al participante que terminó con cefalea (dolor de cabeza) se le atendió de manera individual al final de la sesión.

Primero, se le instruyó a sentarse exactamente en la misma posición y lugar donde tuvo la sesión grupal.

Segundo: Tapping en punto energético PK (Punto Karate). Voltear hacia el punto de la pared donde conecta la droga: ahí, le llegan imágenes perturbadoras que somatiza en dolor de cabeza.

Tercero: Se le indica que manipule las submodalidades visuales de esas imágenes, a una submodalidad diferente. De esta manera, de recordar las imágenes a color las pasa a blanco y negro; de verlas cerca, las verá lejanas; de verlas claras, ahora las verá borrosas y luego oscuras.

Cuarto; Se aplica técnica PNL "*Swisch*": —modificada— :

1.- Imagina un recuerdo donde te sentías contento y en confianza. Este recuerdo lo pondrás en un botón de luz.

2.- Ahora, con los ojos abiertos, mirando hacia el punto de la pared donde conectas la droga, este botón lo colocarás al centro de la imagen más perturbadora sobre la droga que te ocasiona el dolor de cabeza.

3.- A la cuenta de tres, ese botón de luz abrirá la imagen positiva y cubrirá totalmente a la imagen perturbadora.

4.- Ahora, cierra los ojos, haz la misma acción, pero

en tu pantalla mental. El botón de luz lo colocarás al centro de la imagen más perturbadora sobre la droga que te ocasiona el dolor de cabeza.

5.- A la cuenta de tres, ese botón de luz abrirá la imagen positiva y cubrirá totalmente a la imagen perturbadora en tu pantalla mental.

6.- Se repiten los pasos 3 y 4 tres veces. Evaluar lo que siente al ver el punto de la pared donde conecta la droga. También evaluar cómo está la intensidad del dolor de cabeza. En caso de que todavía exista malestar hay que hacer más rondas de *swish* y/o usar otra técnica.

C.- Trabajando depresión reactiva.

Consultante que se siente deprimido por conflictos en su relación de pareja.

Momento amoroso: Con su padre, lo ubica al lado derecho superior (se coloca ahí una hojita amarilla). Su SS es en los hombros junto al cuello.

Su sentimiento depresivo lo ubica a la izquierda superior de su campo visual.

Manipula ***submodalidades visuales*** de los momentos depresivos. Luego quema la hojita de papel (que había pegado en la ubicación de su brainspot).

Se coloca la hojita amarilla en el brainspot del momento depresivo (arriba a la izquierda en la pared), indicándole que mueva todo lo que representa el momento amoroso con su padre hacia arriba a la izquierda en la pared, y ahí se pega dicha hojita amarilla.

Al evaluar cómo se siente en este momento señala que siente que se liberó de un gran peso y se siente relajado.

D.- Submodalidades diferentes en estados del Yo.

Los Andreas (2009) han encontrado casos en que diferentes subpersonalidades en una persona tienen diferencias en el manejo de sus submodalidades.

E.- ¿Cómo enriquecer el patrón *¡swish!?*

Integrando las sensaciones-sentidas, los brainspots y las escalas subjetivas SUD y VOC.

F.- Chequeo ecológico en PNL.

En PNL es común que se use el chequeo o comprobación ecológica para determinar si es pertinente o viable una intervención. Esto aplicado al inicio o al final de lo trabajado. Por ejemplo, en una ocasión, una consultante deseaba trabajar lo referente a una violación sexual sufrida. Cuando se le cuestiona sobre que el tratamiento puede interferir en el testimonio que dará próximamente en una instancia legal, lo piensa más y decide posponer el inicio del tratamiento terapéutico. En el caso de un final, un consultante trabajó la pérdida de su madre por fallecimiento de esta. Estando en nivel SUD=1 se estanca y no avanza a cero. Indagando, menciona que no desea desaparecer la imagen de su madre. Por lo que se procede a reencuadrar visualmente esa imagen, instruyéndolo que cambie submodalidades visuales que presenta esa imagen: de aparecer cerca a colocarla lejos, de estar en blanco y negro a colorearla, así como cambiar el tamaño de cómo aparecía su madre. Entonces, de esta manera pudo bajar su nivel SUD de uno a cero su depresión por el duelo, así como desapareció la sensación-sentida de tristeza en su corazón.

G.- Caso de un gay* con desilusión amorosa:

Le pido que ubique en cuál punto de su campo visual (una pared) conecta con su desilusión amorosa, además de identificar por lo menos tres submodalidades visuales en ese “mapa” (imágenes a blanco y negro, lejanas y borrosas). Luego, le solicito que conecte en la pared un estado donde se haya sentido amado. Lo ubica hacia su derecha, un recuerdo con un abuelo, además de identificar tres características de las submodalidades visuales en ese “mapa”.

Entonces, le pido que haga un intercambio de mapas. Es decir, que el contenido del mapa de su estado amoroso lo traslade al “mapa” de su estado donde se siente

desilusionado amorosamente, trasladando también las características de ese mapa (imágenes a color, brillantes y cercanas).

Al evaluar, cuando le invito a mirar en el punto donde dice conectó la desilusión amorosa, en este momento ya no siente desilusión, se siente amado por otras personas.

*Nota: Uso la palabra gay porque muchos se ofenden si se les denomina homosexuales.

H.- El Chasquido Auditivo se utiliza cuando la persona tiene una sensación negativa que está disparada por un mensaje auditivo interno o diálogo interno de la vocesita interna. Se trata de relacionar un mensaje auditivo asociado con otro mensaje disociado. Un ejemplo dado por Ros es el siguiente:

La persona siente angustia cuando interiormente se dice la frase "no voy a marearme, estoy bien". Las submodalidades auditivas que están codificando la sensación pueden ser, por ejemplo, el tono y la velocidad. Si la persona dice que ese mensaje lo oye con un tono agudo y velocidad rápida, por ejemplo, se le pide que primero oiga interiormente el mensaje tal como le venga a la cabeza y que después voluntariamente le ponga un tono grave y velocidad lenta. Yo les pido que utilicen voces familiares de personajes de la TV. "Quiero que escuche esa frase dos veces, la primera con el tono que le venga a la cabeza y la segunda con la voz del Oso Yogui muy lento". Se le pide que repita la operación unas cinco veces, distrayéndolo entre una y otra.

Referencias

Andreas, Connirae; y Andreas, Steve (1991). “Corazón de la Mente”. Chile: Cuatro Vientos

Andreas, Connirae; y Andreas, Steve (2009). “Cambiar tu mente para cambiar tu vida... y conserva el cambio. Nuevas submodalidades en programación neurolingüística”. España: Ediciones Gaia

Bandler, Richard (1997). “Use su cabeza para variar. Sub-modalidades programación neurolingüística”. Chile: Cuatro Vientos-Cosmovisión

Bandler, Richard y MacDonald, Will (1989). “An Insider’s Guide to Sub-Modalities”. UK: Meta Publications ed.

Mohl, Alexa (2019). El aprendiz de brujo PNL. 14ª edición. España: Sirio

Ros, Ricardo. "Chasquido auditivo". Revista Chasquido. Recuperado en 2010 de: www.pnlnet.com

10.- CUADRANTES DEL CAMPO VISUAL

Ya en los capítulos 1 y 2 de este libro he escrito bastante sobre el ***campo visual***. Ahora, se trata de que ese campo visual lo analicemos de una manera que lo podamos entender mejor.

Analizar significa descomponer en partes. El campo visual lo podemos dividir en partes: izquierda-derecha, izquierda-centro-derecha, arriba-abajo, y otras que se nos ocurran. No obstante, una manera práctica en que se puede utilizar el campo visual es dividiéndolo en 9 partes o cuadrantes, usando las variables: superior, centro, inferior, izquierda, derecha. De las que surgen las siguientes 9 combinaciones:

1	2	3
4	5	6
7	8	9

9 CUADRANTES EN EL CAMPO VISUAL

1.- Superior izquierda.

2.- Superior centro.

3.- Superior derecha.

4.- Centro izquierda.

5.- Centro medio.

6.- Centro derecha.

7.- Inferior izquierda.

8.- Inferior dentro.

9.- Inferior derecha.

Aclarando que se prefiere describir los cuadrantes o partes desde la perspectiva del consultante, porque finalmente es quien necesita trabajar en esas zonas.

¿Por qué 9 cuadrantes? Esto está influido por el diagrama de accesos oculares que los creadores de la PNL presentaron en sus primeros libros, cuando hablaban de la relación entre los tiempos pasado, presente y futuro con la dirección de las miradas que hacían las personas.

Según lo investigado en la PNL por Robert Dilts a finales de la década de 1970, en las personas diestras —se vio que en las personas zurdas esto es al revés— la configuración de sus claves de accesos oculares, ***en cuanto a la dirección*** suelen estar así:

A su izquierda hay accesos oculares hacia su pasado, recordados. Lo que viene del lado izquierdo de ambos ojos (campo visual izquierdo) son representados en el hemisferio cerebral derecho (hemisferio no dominante)

A su derecha hay accesos oculares construidos, lo que imagina como futuro.

Al centro hay accesos oculares hacia su presente.

En cuanto a la ***altura de donde mira***, los accesos oculares se relacionan con lo siguiente:

Arriba de sus ojos se accesa ocularmente a lo visual.

A la altura de su rostro se accesa ocularmente a lo auditivo.

A la altura de su pecho hacia abajo se accesa ocularmente a cuestiones internas.

Y al cruzar las variables dirección y altura tendremos las claves de acceso para detectar los ***sistemas representacionales internos*** de los 9 cuadrantes ya señalados al principio de este Capítulo:

POSICIONES DE ACCESO OCULAR

1.- Superior izquierda: Visual recordado (VR).

2.- Superior centro: Visual en el presente.

3.- Superior derecha: Visual construido: imaginado o fantaseado (VC).

4.- Centro izquierda: Auditivo recordado (AR).

5.- Centro medio: Auditivo en el presente.

6.- Centro derecha: Auditivo construido o imaginado (AC).

7.- Inferior izquierda: Diálogo interno (Auditivo digital, DI)

8.- Inferior centro: Reflexión y sensación en el presente.

9.- Inferior derecha: Experiencia kinestésica, distinguiendo entre lo somatosensitivo (táctil, olfativo y gustativo) y visceral (emocional y propioceptivo, K).

A través de poner atención fina a las claves de acceso ocular del consultante, así como en las palabras que describen su experiencia (¿usa predicados mayormente visuales, auditivos o kinestésicos?) y sus expresiones no verbales —movimientos, posturas, gestos, tono y volumen de voz, respiración, entre otros— podremos recolectar discretamente valiosa información para entender cómo está procesando una experiencia, es decir, con qué sistemas representacionales internos está estructurando su experiencia subjetiva, y poder darle una mejor ayuda en el proceso terapéutico.

En sus observaciones clínicas, Bandler y Grinder (2003) encontraron indicadores que complementan o acompañan a las claves de acceso ocular. Por ejemplo:

Durante la **visualización**, la respiración de la persona tiende a hacerse superficial y alta en el pecho. Otros indicadores son el tiempo de discurso, la coloración de la piel de la persona. Explosión abrupta de palabras en un tono alto, nasal y/o tonalidad forzada, con un típico ritmo rápido de discurso, con cambios en los tonos de voz de la persona. Un cuerpo delgado y tenso (el *ectomorfo* de W. H. Sheldon) es característico de una persona visualmente orientada.

Durante la **audición**, los hombros están echados hacia atrás (en posición de usar saxofón), y el individuo comúnmente también tendrá su cabeza inclinada hacia un lado. Una tonalidad de rango medio, clara con un tempo

regular, incluso rítmico y usual pronunciación adecuada de palabras. Golpeteo, ruidos y chasquidos de dedos y boca. El cuerpo de una persona orientada auditivamente tiende a estar entre las tres variantes de Sheldon.

Durante el **diálogo interno**: Mano tocando alguna zona

de la cara, excepto los ojos (posición de telefonista o del pensador antiguo) acompañada de algunas exhalaciones profundas o suspiros; así como organizar cosas o gestos con los dedos.

Durante el acceso a lo **kinestésico:** Respiración profunda diafragmática y mano tocando pecho o abdomen. Ritmo de voz lento con grandes pausas y en una característica tonalidad baja y profunda indican acceso kinestésico. Un cuerpo atlético y musculoso (el *mesomorfo* de Sheldon) es característico de un individuo que es más orientado a lo kinestésico (en el campo de lo táctil y motor). Un cuerpo amplio y suave (el *endomorfo* de Sheldon) caracteriza a una persona que está orientada kinestésicamente hacia lo visceral e interno.

Además, dicen que las claves de acceso afectan nuestra neurología de tal manera que podamos accesar a un sistema representacional (visual, auditivo o kinestésico) de forma más fuerte que los otros; y la gente comúnmente (consciente o inconscientemente) apuntará o tocará con sus manos los órganos sensoriales para el canal particular de representación que están usando como un medio para accesar o indicar ese canal.

Finalmente, una forma de mantener más ***encubierto*** este proceso para terapeuta y consultante, o en situaciones donde no sea apropiado dirigir verbalmente las claves de acceso, es llevar los ojos de la persona a la posición adecuada de acceso con gestos, un bolígrafo que movamos en el aire, dirigiéndolos con nuestros propios ojos, así como dirigir posturas y ritmos respiratorios.

Breviario de casos y variantes

A.- Volver al presente.

En una abreacción —reacción intensa emocional involuntaria— del consultante, una de las maneras de sacar a este de ese estado es pedirle al consultante que abra los ojos —si es que los tuviera cerrados— y los dirija hacia el terapeuta,

quien se colocará preferentemente frente a él, esto es, en la zona o cuadrantes del presente.

B.- Campo visual en la sesión de MEMI

Tenga en cuenta el espacio físico que utilizará para las sesiones del cliente en la terapia MEMI. La habitación debe ser lo suficientemente grande para que la silla de su cliente quede frente a una pared, una cortina o una pantalla en blanco desde una distancia de 2 a 3 metros cuadrados. Esto no siempre es posible, pero debería ser un objetivo. Estas son las superficies sobre las que su cliente proyectará imágenes del estado del problema para lograr la disociación terapéutica. Si la habitación es muy pequeña, es recomendable seleccionar otra ubicación. La pared u otra superficie de "vista" no debe tener imágenes enmarcadas o diseños complejos, ya que pueden crear una distracción visual. Si hay ventanas en la habitación, deben cubrirse con cortinas sólidas o persianas para evitar que la luz natural inunde el campo visual de su cliente.

C.- La cuadrícula iSt9x9 de Don Elium

Don Elium y su equipo (citado por Andrade, 2020) han descubierto que las posiciones de la cabeza y los ojos, en todas sus combinaciones posibles, y en los 9 cuadrantes del campo visual, pueden contener o estar anclados a diferentes aspectos de nuestros problemas o necesidades terapéuticas.

Esto se diferencia de las terapias que solamente toman en cuenta que la posición de la cabeza esté hacia el frente o hacia abajo. Y esto incluye a los que hacen pruebas kinesiológicas de verificación muscular.

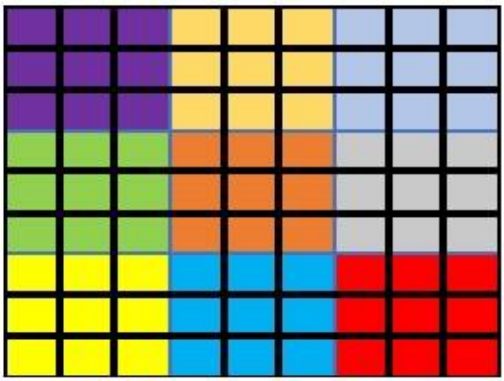
Elium presentó su hallazgo en la Conferencia de Psicología Energética en San Diego, California el 11 de mayo de 2001. *No tratar todas las posibles posiciones de los ojos y la cabeza puede explicar por qué regresan algunos problemas tratados*.

En la conceptualización de Elium hay 81 posibles combinaciones de posiciones de cabeza y ojos. ***Él ve las posiciones de la cabeza, y también las posiciones de los ojos, como si estuvieran en una cuadrícula que parece un tablero***

dentro de otro. Cada posición en esta cuadrícula podría ser una posición de cabeza y / o una posición de ojo con 9 combinaciones posibles. Por lo tanto, hay 9X9 = 81 posibilidades donde los problemas ocultos podrían anclarse. La cuadrícula o tablero es como la de un sudoku sin números.

Específicamente, la cabeza puede estar en 9 posiciones: hacia arriba izquierda, arriba derecha, arriba centro, hacia el centro, centro izquierda, centro derecha, abajo centro, abajo izquierda, abajo derecha. Los ojos también pueden mirar a cada una de esas zonas señaladas. Entonces, las combinaciones son 81, por ejemplo, tan sólo al tener la cabeza en posición de la zona arriba a la izquierda hay 9 combinaciones posibles, porque estando ahí y así, los ojos pueden moverse en las 9 posiciones ya mencionadas.

Don Elium enfocó su investigación en los casos de fallas en los tests de verificación muscular, que no toman en cuenta las demás combinaciones de cabeza y ojos. Lo que no dijo, es que esta investigación es útil también para los que usan Brainspotting, EMDR, Estimulaciones Bilaterales y Terapias Energéticas. Así que ya no es suficiente saber la dirección de la mirada, sino también tomar en cuenta la posición de la cabeza que la acompaña.



81 POSICIONES O ZONAS DE DON ELIUM

D.- El Caso de Pepe

Poner bolitas de plastilina en los cuadrantes perturbadores que identifica en la pared que tiene enfrente.

Nota 1: Más adelante se juntaría esto en una sola bola de plastilina y se colocaría esto en su mano izquierda.

Nota 2: se pudo haber usado hojitas de post-it como alternativa, en vez de bolitas de plastilina.

Nota 3: La plastilina también se puede usar para que construya la forma y color que tiene su problema/conflicto/necesidad.

Junta lo negativo —recolectado en cada cuadrante perturbador— en una pelotita que colocarás en tu mano izquierda.

Checar que los cuadrantes perturbadores estén neutralizados, así como también la sensación-sentida perturbadora en el cuerpo.

Al inicio de la sesión, una de las bolitas de plastilina la había pegado bajo el tronco de un árbol pintado en un cuadro que tengo colgado en la pared. Al preguntarle más adelante a qué ancestro le hace figura responde que a su madre, ya fallecida. Dialoga imaginariamente con ella. Coinciden en obesidad, ella diabética.

Dice el consultante: “Siento que mi cuerpo ya entendió que no debe comer, pero mi mente todavía no…”. Para comprobar esto, hago que se tape el ojo derecho con la palma de su mano derecha y explore los 9 cuadrantes. Luego que se tape el ojo izquierdo con la palma de su mano izquierda y explore los 9 cuadrantes.

E.- Aportes de nuevas claves de acceso ocular

Cúperman realizó un trabajo intenso y prolongado con personas orientadas a técnicas corporales y con aquellas cuyo canal sensorial preferencial es el Kinestésico, lo que le ha permitido observar que estas personas aparecen como

visualizadoras pobres. Mediante preguntas lideradoras del canal K obtuvo consistentemente información y se dio cuenta que los que tienen habilidades K recuerdan sensaciones, aromas, sabores, del mismo lado que recuerdan imágenes y sonidos.

Este nuevo diseño de claves de acceso oculares enriquece el diagnóstico del mapa sensorial K y permite comprender mejor a las personas predominantemente K. Comprendiendo que poseen complejidades similares a visuales y auditivos de bañe.

Lo que se puede recordar Kinestésicamente lo denominamos Kr, la posición de búsqueda es más baja que la zona del Ai (Auditivo interno). Mientras que en el Kc (Kinestésico creado) se percibe la sensación actual o se puede crear una sensación imaginaria; y está localizado en una zona más baja que la posición tradicional de K.

En sus investigaciones también observaron un punto de fusión de canales entre Vr y Ar. Allí detectamos una estación usada por algunas personas y llamamos a esta posición Reflexivo (R). Este sería un lugar de fusión, de síntesis comparativa entre lo Ar y lo Vr. Los datos procesadod allí también producen conclusiones, especialmente relacionadas con el trabajo de creencias y pensamientos.

Por lo tanto, del lado derecho, la persona tendría las siguientes claves de acceso oculares (en orden espacial descendente): Vc, Rc, Ac, Aic y Kc. Mientras que en su lado izquierdo: Vr, Rr, Ar, Air y Kr.

*Nota: Ac y Ar son sonidos o voces. Air y Aic son una mezcla de diálogos internos y sensaciones que evalúan o enjuician.

F.- Modalidades más reactivas

Según Deninger (2021), las modalidades más reactivas durante la reexperimentación del trauma son las imágenes visuales y los sentimientos viscerales y emocionales.

G.- El cuadrante del Futuro

Cuando el futuro le cause ansiedad al consultante, conviene que ubique el cuadrante de ese futuro, para que se observe disociadamente, dialogue con ese yo del futuro para saber qué es lo que lo pone ansioso.

Referencias

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2020). “Más allá del tapping…AMSB”. Publicación Independiente Recuperada de Kindle.

Cúperman, Daniel. "La excelencia en el canal kinestésico (K). Aporte a las claves de acceso ocular". Revista Chasquido www.pnlnet.com. Recuperado en 2022 de: https://1library.co/document/zlvvon2y-pnl-tercera-parte-20-articulos.html

Deninger, Mike (2021). Multichannel Eye Movement Integration. The brain science path to easy and effective PTSD treatment. Ed. Gracie: USA

Dilts, R., Grinder, J., Delozier, J., and Bandler, R. (2003). Programación neurolingüística: Volumen I: El estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. México: Editorial Khaos

11.- LA PANTALLA MENTAL

José Silva (1991) decía que al cerrar los ojos se entraba en el reino interior donde le hemisferio derecho dominaba.

Ya vimos que, hacia el **exterior**, el campo visual es el área que capta nuestra vista hacia donde dirigimos las miradas.

Cuando tenemos los ojos cerrados, en nuestro **interior** recurrimos a "**la pantalla mental**".

Hay quienes nos dicen "*cierra tus ojos y pon tu mente en blanco*". Bueno, es que hay mucha gente que no le aparece esa pantalla blanca, le aparece negra. Y da lo mismo cual sea el color. De hecho, cada persona tiene su propia estructura de *pantalla mental*. Algunos ven un marco alrededor de la pantalla; otros reportan que la ven como si fuera una pantalla de televisor, o hasta de un cine. Unos han dicho que su pantalla es de forma indefinida.

Entonces, hay variaciones de tamaños, formas, color de fachada. También es muy importante saber si el contenido que se proyecta en la pantalla está fijo como imagen, o en movimiento como si fuera película.

¿Cuánta área de tu campo interior abarca tu pantalla mental?

¿En qué dirección te aparece tu pantalla mental?

¿De qué forma aparecen los bordes o marco de la pantalla?

¿De qué color está el fondo de tu pantalla mental vacía?

¿El contenido proyectado aparece en blanco y negro o a colores?

¿Veo la pantalla cerca o lejos, nítida o borrosa?

¿Me veo asociado o disociado en la pantalla mental? (ver capítulo anterior)

Es importante que entre los primeros pasos del proceso terapéutico el consultante conozca y *estructure* su pantalla mental, porque será muy utilizada para ejercicios de visualizaciones guiadas, recuerdos a reestructurar, proyecciones a futuro, manipulaciones de submodalidades en imágenes y experiencias, así como el trabajo con varias técnicas terapéuticas, entre ellas el *Brainspoting*, los ensueños dirigidos y la PNL.

Volviendo al creador del Método Silva de Control Mental, en uno de sus libros (1991) señala en una de sus técnicas la importancia de tener diseñada una pantalla mental para colocar ahí los problemas, además de tener otra pantalla donde surgirán las soluciones a esos problemas.

Hay que facilitarle al consultante que haga los ajustes necesarios para que configure su pantalla mental a su comodidad y utilidad.

A las personas que se les dificulte visualizar una pantalla hay que motivarlas a que informen lo que hay en su interior con los ojos cerrados: si no hay una pantalla ¿entonces qué aparece o qué es lo que sienten, huelen o escuchan?

Breviario de casos y variantes

A.- **Técnicas eclécticas en pantalla mental y campo visual.**

Una consultante manifiesta sentir mucho coraje (Nivel SUD=8) contra un hermano.

Su pantalla mental asegura que la visualiza negra, del tamaño de una pantalla de cine. La imagen que ve en su pantalla mental es fija: el rostro de ese hermano.

Se realiza técnica *¡swish!* (ver capítulo de Submodalidades visuales) colocando en toda su pantalla mental la imagen del rostro de su hermano (con las submodalidades que menciona: sin brillo y a mediana distancia). Luego, la imagen positiva es la de una perrita, la cual se coloca al centro de la pantalla mental,

como un botón de luz que se abrirá a la cuenta de tres cuando lo indique yo como facilitador. Ese botón de luz, al abrirse, se expandirá rápidamente, en menos de un segundo, según se le explica, sin que queden dudas.

Por otra parte, cuando abre sus ojos, se le pide que ponga una mano en el corazón y otra en la parte occipital de la cabeza y luego, con esa postura, observar la pared de enfrente que tiene como campo visual y detecte dónde conecte con un momento positivo o cuando ese hermano le agradeció algo. Lo detecta en la parte superior central de su campo visual.

Luego, se le indica que con sus miradas —sin mover su cabeza— trace diagonales imaginarias desde su esquina superior derecha hasta su esquina inferior izquierda, donde después de 5 rondas se detendrá y tapándose el ojo derecho —solamente viendo con el ojo izquierdo— buscará definir la forma, color y tamaño que tienen los pensamientos que detecta al mirar la esquina inferior izquierda.

Una vez detectada la forma, color y tamaño hará que esta ruede o transite en volteretas hacia la esquina inferior derecha y luego retorne a la esquina inferior izquierda, así durante unas 7 rondas.

Entonces, se le indica que con sus miradas —sin mover su cabeza— trace líneas diagonales imaginarias desde su esquina superior izquierda hasta su esquina inferior derecha, donde después de 5 rondas se detendrá y tapándose el ojo derecho —solamente viendo con el ojo izquierdo— buscará definir la forma, color y tamaño que tienen los pensamientos que detecta al mirar la esquina inferior derecha.

Una vez detectada la forma, color y tamaño hará que esta ruede o transite en volteretas hacia la esquina inferior izquierda y luego retorne a la esquina inferior derecha, así durante unas 7 rondas.

Después sigue recorrer el ***triángulo atenuado***. Le llamo triángulo atenuado porque el punto positivo atenúa los efectos perturbadores de las esquinas inferiores.

Este triángulo estará formado por los puntos o vértices siguientes:

1.- Tomar en cuenta el punto donde conectó con un momento positivo o cuando ese hermano le agradeció algo. Este punto o zona lo detectó en la parte *superior central de su campo visual*.

2.- Otro punto será la forma visualizada en la *esquina inferior izquierda*.

3.- El tercer punto o zona estará en la forma visualizada en la *esquina inferior derecha*.

Se trata de recorrer este triángulo primeramente en el sentido de las manecillas del reloj, 5 rondas. Luego, recorrerlo en sentido contrario al del reloj, 5 rondas así.

La consultante califica con la escala SUD= 4 el nivel de coraje que siente en su garganta. Expresa necesitar lanzar un grito por lo que siente. Lo hace ahogándolo en un cojín. Esto hace bajar su nivel SUD a 3.

Como llega el final de la sesión, se llega al acuerdo de que el resto de coraje que tiene lo guardará en un contenedor imaginario, para seguir trabajándolo en el proceso terapéutico en la próxima sesión.

Al día siguiente, tengo la ocasión de que me contacte la consultante y me comenta que tuvo un sueño reparador, durmiendo y descansando como no lo hacía desde hacía semanas, además de que afirma que esto ocasionó que su

nivel SUD bajara de 4 a 2.

B.- Trabajar tanto el campo exterior como el campo interior.

Es importante que se trabaje en el consultante tanto su campo visual exterior como su pantalla mental interior, para integrar estos dos *locus de control* o campos de referencia.

Y al decir esto, no importa con cuál o cuáles técnicas terapéuticas estemos facilitando. Por ejemplo, la visualización la podemos fomentar para ser usada en la pantalla mental, aquí tres ejemplos:

**Visualízate aplicándole estimulaciones bilaterales con tus manos a los hombros de tu niño interior de 8 años de edad con el que estás conectando en este momento.*

**En tu pantalla mental realiza movimientos oculares de izquierda a derecha y viceversa; también, verticales diagonales a lo largo de toda tu pantalla mental.*

**Con los ojos cerrados, detecta hacia dónde gira el cuadro negro que detectaste lo que representa tu trauma. Una vez que detectes la dirección haz que el cuadro negro haga giros contrarios. Y mientras haces eso también te aplicarás abrazos mariposa en tu pecho.*

C.- Usar la pantalla mental para solucionar problemas.

En el Método Silva de Control Mental hay una técnica —*El Espejo de la Mente*— en la que se entrena a la persona a que tenga dos pantallas, una a la derecha donde coloque el problema, y otra pantalla mental a su izquierda donde surjan alternativas de solución. Para esto, desde antes, la persona debió entrenar su mente para conocer los detalles de las diferencias de cada una de esas pantallas: los detalles que hemos señalado en este capítulo: tamaño, color de fondo, color y forma del marco, distancia, etcétera.

José Silva recomendaba que la persona se colocara con la coronilla o nuca —parte trasera u occipital— de la cabeza hacia el norte, porque él se basaba en el flujo del tiempo de nuestro planeta que, en la posición recomendada, fluye en dirección de derecha a izquierda, es decir, de Oeste a Este.

Referencias

Silva, José y Stone, Robert (1991). El método silva para obtener ayuda del otro lado. Cómo estimular el hemisferio derecho de su cerebro. México: Diana

12.- OBSERVAR SEÑALES REFLEJAS

El reflejo se define como la respuesta motriz o secretora, independiente de la voluntad, desencadenada por la aplicación de un estímulo adecuado, pudiendo ser o no consciente (Gordo y cols, 2018). O sea, que puede ser una respuesta muscular o la secreción de una glándula, por ejemplo, lágrimas, sudor. También, hay reflejos primitivos y reflejos condicionados como los investigados por Pavlov.

Señales reflejas de cambios terapéuticos positivos

Cuando estamos facilitando ejercicios terapéuticos, aparecen reflejos activados por el sistema nervioso ***parasimpático***, principalmente el vagal-**ventral**. Siendo señales que nos indican que la persona se está relajando o está liberando "energía atascada" de un trauma o, en palabras más simples "se está desbloqueando".

Ejemplos de estos reflejos, según Silvia Hartmann (2001), es una cantidad inusual de bostezos durante el tratamiento o después de él, así como ganas de dormir;

lagrimeo de los ojos; sensación de estar soñando; ruidos en el cuerpo como gorgoteos en el estómago, eructos, etcétera. Y afirma que beber agua puede ayudar a acelerar el retorno al estado de pensamiento claro y activo.

Gary Craig, fundador de EFT, menciona que los suspiros, los bostezos o la risa genuina son también señales de que las perturbaciones se están liberando y las perspectivas pueden estar cambiando. Estos pueden ocurrir en cualquier momento de la sesión y generalmente son señales de que la energía ha cambiado de alguna manera. Recomienda hacer preguntas o aplicar métodos de comprobación para confirmar estos cambios.

Señales reflejas de traumas o malestares

Los reflejos que se asoman en el consultante y muchas veces este no es consciente de ellos, se relacionan con el sistema ***nervioso simpático*** cuando es algo que activa o acelera, y se relaciona con el sistema nervioso vagal-dorsal cuando son reflejos que paralizan, *congelan* o disocian*.

David Grand (2014), experto en EMDR y creador del Brainspotting, menciona que en la modalidad de Brainspotting de Ventana Exterior: "*Descubrí además que el temblor ocular y la inmovilización de la mirada no eran las únicas respuestas reflejas que revelaban la presencia de traumas ocultos en lo más profundo del cerebro; observé muchas otras reacciones al detener el movimiento de mi mano* —frente al consultante—, *como por ejemplo parpadeos múltiples o pesados y ensanchamiento o estrechamiento ocular. Lo que parecía claro es que cualquier movimiento reflejo, facial o en definitiva corporal, se manifestaba cuando los ojos llegaban a una posición relevante. Probé a detener la mano cuando observaba en el paciente un golpe de tos, una inspiración o una espiración profunda, una dilatación de las aletas de la nariz, o lo veía tragar con dificultad, lamerse los labios, ladear la cabeza o cambiar de expresión facial*".

Añade Grand que son prácticamente incontables los reflejos del organismo humano, y todos están relacionados directa o indirectamente con la supervivencia. Así que cuando

los terapeutas buscan señales o puntos reflejos de *brainspots* de Ventana Exterior es como si esos puntos se revelaran como botones que conectan el profundo inconsciente cerebrocorporal donde están guardados los secretos emocionales y traumáticos, en el cerebro y quizá en la médula espinal.

Cuando los sobrevivientes de un trauma perciben eventos ordinarios como como amenazas, como si algo horrible estuviera a punto de suceder, la amígdala del cerebro desencadena una reacción sistémica rápida. Las ráfagas de los neurotransmisores adrenalina y norepinefrina pulsan en el torrente sanguíneo y ayudan a activar la respuesta de lucha o huida del sistema nervioso simpático. Las pupilas se dilatan, la sudoración y la frecuencia cardíaca aumentan, y la presión arterial se eleva (Lanese, 2019 en Deninger, 2021).

Chia y Hilton (2017), autores de "EMDR y Tao", afirman: "*Tenga en cuenta que puede experimentar emociones negativas poco después de comenzar el procesamiento. Eso es realmente una buena señal. Las emociones a menudo necesitan surgir antes de que puedan ser liberadas.*

Dejar ir no es solo un proceso emocional. También se puede lograr físicamente a través de lágrimas, bostezos, eructos, flatulencias y cualquier otro proceso que expulse los desechos del cuerpo".

La Dra. Danie Beaulieu (2003), afirma que: "*Durante los tratamientos de EMI, muchos clientes manifestaron respuestas físicas de una intensidad que excedía la que se observa durante la mayoría de las otras formas de exposición imaginaria. Temblores, movimientos agitados, dolores de estómago y lágrimas a menudo acompañaban las respuestas de miedo. Muchos participantes informaron sensaciones físicas similares a las que habían experimentado en el momento del trauma; sin embargo, estas sensaciones cambiaron rápidamente a medida que se siguieron patrones*

de movimiento ocular adicionales. A medida que avanzaba el tratamiento, la mayoría de los clientes informaron sensaciones positivas de liberación y pérdida de tensión, así como una percepción alterada del trauma. Son signos de una sana liberación de la tensión acumulada. Se le debe decir al cliente

que esto es algo bueno, que ahora está libre de lo que sea que estaba obstruyendo el acceso a esta liberación de su dolor. Enfatizar que las sensaciones y emociones son parte del registro neuronal de los eventos y que revivirlos es totalmente normal elimina el elemento de miedo que tienen muchos clientes, especialmente si creen que sus reacciones no son racionales o cuerdas. Decir con calma: 'Quédese con eso, es temporal' alienta al cliente a tolerar la incomodidad actual con la seguridad de que pasará".

Señales corporales involuntarias e inconscientes

Fritz Perls, en la Terapia Gestalt, para que el consultante tomara consciencia de sus actos, hacía que este congelara o repitiera un movimiento o una frase dicha.

Milton Erickson y algunos de sus descifradores parciales, como Bandler, se comunicaban con el inconsciente de sus consultantes a través de movimientos de sus pies o manos, para recibir respuestas de "sí" o "no".

Bandler y Grinder (1981), en uno de sus talleres sobre hipnosis aseguran que "*En trance, se produce una especie de aplanamiento o flaccidez de los músculos de la cara, y existe una simetría que no es característica del estado de vigilia. He comprobado que primero se produce una intensificación de la asimetría facial cuando la persona empieza a entrar en trance. Sabes que tienes un trance bastante profundo cuando vuelves a tener simetría, una simetría que está más equilibrada que la simetría típica del estado de vigilia. Cualquier movimiento inconsciente, del tipo de movimientos espasmódicos, de escalofrío involuntario, es realmente un buen indicador de un estado de trance en desarrollo. Los modelos respiratorios de las personas varían considerablemente en su estado normal, y cuando entran en un estado alterado, cualquiera que sea su modelo respiratorio característico, este cambiará. Cuando la persona sale del trance, puedes determinar si está en el proceso de volver al estado de conciencia normal. Pasa de la extrema simetría en su rostro, por un estado relativamente asimétrico, y luego a su simetría normal*". En otros momentos señala que en el trance puede haber una pesadez en la cabeza o en el cuerpo,

mirada desenfocada y entumecimiento muscular.

Quien quiera profundizar en los movimientos corporales inconscientes vaya al estupendo libro de Joe Navarro *Diccionario de lenguaje no verbal*, donde verá la explicación a 400 comportamientos, dada por uno de los máximos exponentes sobre el tema.

Observar, acompañar, terapia, evaluar

Los reflejos que yo he visto en mis sesiones grupales e individuales son: bostezos, suspiros, cambios en el ritmo respiratorio, cambios en la tez del rostro (de lo tenso a lo relajado), cambios en la mirada, sudor, sensación de cosquilleo en alguna zona del cuerpo. También: desaparición de dolores corporales o de la cabeza, sensación de nudo en la garganta, aumento de la frecuencia cardiaca, ruborización, sensación de opresión en el pecho, flujo nasal transitorio, temblores en alguna parte del cuerpo, ganas de orinar o defecar, tics, parpadeos excesivos, picor en la piel, sensaciones subjetivas de liberarse de una carga en la espalda, silencios que culminan en una expresión de alegría o sorpresa. Por otra parte, he visto en mis sesiones consultantes que salivan más de lo normal, vómitos, estornudos, carraspeos de garganta, tartamudeo repentino, *lapsus linguae*, reacomodos en la silla, significativa subida o bajada de tono de voz, tos repentina, bajada en la temperatura corporal, vellos corporales que se erizan, etcétera.

Importantísimo lo que dice la experta consteladora Brigitte Champetier de Ribes (2021): "*El conocimiento del lenguaje corporal será de la mayor ayuda para apoyar al cliente en su camino de liberación y crecimiento. La actitud fenomenológica del terapeuta le abrirá a las señales y a su comprensión*".

Para una más amplia y didáctica explicación del sistema nervioso simpático y del parasimpático, así como de las diferencias que los sistemas vagales ventral y dorsal tienen en la supervivencia recomiendo la lectura de mi libro/ebook* "*Teoría Polivagal Práctica y Terapia***".

Breviario de casos y variantes

A.- Zonas del cuerpo donde se manifiestan las emociones y sentimientos:

Culpa: hombros pesados, garganta apretada, vista hacia abajo, mueca con comisuras a los lados de la boca. **Vergüenza:** Piernas y manos flojas, vista hacia abajo o hacia un lado, tensión muscular.

Miedo: Rigidez corporal, respiración entrecortada, estado de huida, lucha o parálisis.

Ira: Manos, brazos, piernas y pies rígidos, tensos e impulsados hacia el movimiento, respiración agitada, mirada con *visión de túnel.*

Depresión: Debilidad muscular, cabeza gacha, respiración superficial.

*La exclusión, rechazo, desprecio y desdén causa dolor físico, llamado "dolor social", lo que incluso se ve en imágenes de escaneo cerebral en el centro del dolor.

B.- Ejercicio "La quijada de los 3 bostezos".

Tapping con las 5 yemas de dedos juntos a lo largo de la zona de la barba o quijada. Para estrés o frustración. Es preferible hacer este ejercicio con la boca entreabierta.

C.- Efectos en el terapeuta.

Me ha sucedido en algunas ocasiones que el consultante está *cargado* de traumas complejos, que en algún momento de la sesión comienzo a salivar demasiado, al grado de que tengo depositar el exceso de saliva en un cesto de basura o en un excusado. Para mí, ya es una señal de que el consultante está procesando y desbloqueándose de uno de sus traumas.

D.- Señales de liberación emocional.

Picor, eructos, cosquillas, dolor, sensación rara, lágrimas, sudor, bostezo, tos, vómito, tragar saliva, salivar, temblor corporal, flatulencias, mirada desenfocada, “nudos oculares”, pesadez, ligereza,

Poner las de Stanley Rosenberg. En la postura de su ejercicio básico, al mirar hacia un lado, Después de un periodo breve de tiempo –hasta treinta o incluso sesenta segundos–, tragarás, bostezarás o suspirarás. Esto es indicativo de relajación del sistema nervioso autónomo.

E.- Del resentimiento a la indiferencia

Como parte de una brigada asistencial comunitaria atiendo a una paciente mujer de 35 años, aproximadamente. Refiere resentimiento hacia su suegra porque ésta contribuyó en varios hechos para que finalmente se separara de su esposo. Al inicio de su narración se le llenan los ojos de lágrimas, por lo que opto por la alternativa de que me narre los hechos al mismo tiempo que se aplica *tapping* Bilateral en las rodillas. También, recurro al método de manipulación de imágenes y submodalidades PNL, *tapping* EFT en los puntos gamas, entrecejo y debajo de la boca. Visualización guiada con recursos metafóricos: quema las imágenes negativas y las cenizas las pones en una bolsa negra, entierras la bolsa en un basurero, tapas el pozo y encima plantas una flor blanca, alrededor de la flor derramas varios litros de miel de abeja, pruebas la miel (al principio le supo amarga y sentía asco de la flor, por lo que le pedí que pusiera algo hasta que le supiera dulce, eligiendo poner un gran caramelo), qué sientes de ver

todo eso (la flor y la miel), respondió que ya no sentía asco sino “bonito”. En un momento de la sesión le dan ganas de vomitar, eructando solamente saliva y quedando relajada después de esto, reportando que es como si se hubiera quitado una gran carga. Menciona que la imagen de su suegra que antes le ocasionaba asco y resentimiento ahora no le significa nada negativo.

Referencias

Beaulieu, Danie (2003). “Eye Movement Integration Therapy. The Clinical Comprehensive Guide, EMI”. Crown House Publishing. Recuperado de kindle

Champetier de Ribes, Brigitte (2021). “Las Frases Sanadoras. El lenguaje corporal y espacial en las constelaciones familiares”. España: Gaia. Recuperado de kindle

Chia, Mantak; and Hilton, Doug (2017). “EMDR and the Universal Healing Tao”. Canada: Destiny Books

Craig, Gary y Tina Craig (2014). “EFT Gold”: www.emofree.com

Deninger, Mike (2021). “Integración del movimiento ocular multicanal. MIME”. Ed. Gracie: USA

Gordo y cols. (2018). “Reflejos patológicos”. Neurología Argentina, VL-10, IS-3, SP-147, EP -154, PY – 2018. Doi: 10.1016/j.neuarg.2018.05.002

Grand, David (2014). “Brainspotting”. España: Sirio

Hartman, Silvia (2001). “Aventuras con EFT”. España: Grixó

Bandler, Richard y Grinder, John (2021). “Trance-fórmate. Curso Práctico de Hipnosis con Programación Neuro-lingüística”. Undécima edición. España: Gaia

Navarro, Joe (2019). “Diccionario de lenguaje no verbal. Una guía del comportamiento humano”. España: Sirio. Recuperado de kindle

13.- TERAPIAS SILENCIOSAS Y ENCUBIERTAS

En los últimos 30 años han cobrado relevancia las terapias y enfoques que evitan el dramatismo y la expresión descontrolada de sentimientos traumáticos o asociados a conflictos que se intentan resolver. Además de que evitan la palabrería y se limitan a usar ninguna o unas pocas frases cortas. En este sentido podríamos mencionar, entre otras, PNL, EFT, EMDR y Constelaciones Familiares.

Comenta la consteladora Briggite Champetier de Ribes, en su importante libro 'Empezar a Constelar': "*Las terapias emocionales actuales han dejado de utilizar la catarsis como instrumento de liberación ante la evidencia de la retraumatización que provocaban estas técnicas. Y por otra parte, se sabe hoy que el pensamiento crea la emoción. La liberación emocional se consigue enunciando con voz neutra la creencia o pensamiento subyacente*".

Dan Booth Cohen, en su libro '*Llevo tu corazón en mi corazón. Las Constelaciones Familiares y el sistema penitenciario*', menciona que: "*en la práctica, Hellinger despojó paulatinamente a las representaciones teatralizadas de sus elementos cinéticos y verbales, surgiendo entonces los*

movimientos y los conceptos del proceso de las constelaciones familiares, perdiendo interés en lo narrativo, cognitivo o emocional, y que, en cambio, el proceso tuviese como meta la identificación y la liberación de impulsos y de las lealtades ocultas insertas en el inconsciente".

Bert Hellinger, creador de las Constelaciones Familiares, fue entrevistado en Barcelona (diciembre de 2001) por Joan Garriga, Mireia Darder y Ramón Resino. Ahí, Hellinger afirmaba que ***sentimiento primario*** *es el sentimiento inmediato ante una situación: Y esos sentimientos me permiten hacerme cargo de una situación. Son cortos. Están al servicio de la acción. Y cuando llegan a su meta, se acaban. Por ejemplo, el amor entre un hombre y una mujer, el duelo profundo, la ira o la agresión. Cuando alguien suelta ese duelo, entonces es corto. Y la persona está otra vez libre.*

Luego vienen los ***sentimientos secundarios****, o sea todos los sentimientos intensos que son falsos y abrumadores. Esos sentimientos no tienen justificación. Esos sentimientos tienen la función de que alguien haga algo por ti que tú no tienes planes de hacer. Por ejemplo, los reclamos y la exigencia de ayuda. Cuando alguien entra en ese tipo de sentimiento, inmediatamente cierra los ojos. Por ejemplo, los clientes que llegan e inmediatamente cierran los ojos y se ponen a llorar. A mí no me impresionan. Yo sé que es un juego. Yo les digo: "por favor, mírame", ¿de qué color son mis ojos? Y en el momento en que me miran el sentimiento cambia inmediatamente. Cuando yo paro en seco un sentimiento de estos. Se pone inmediatamente agresivo conmigo. Y por eso uno no puede tener compasión con ellos. Y uno sabe que él es peligroso. Tiene uno que ir con cuidado. Cuando uno sabe que alguien está atrapado en los sentimientos secundarios, uno debe protegerse e interrumpir porque esa persona se vuelve peligrosa.*

Agrega Hellinger que los sentimientos sutiles son los sentimientos del espíritu. La felicidad en un estado liviano. La alegría que es liviana. El amor que es liviano. Y no tiene emociones, yo los llamo "**Meta Sentimientos**". Están ordenados por encima. Y son puramente energía activa. Por ejemplo, un cirujano es agresivo. Pero no es sus sentimientos. Él tiene que

ser agresivo, porque si no puede operar a nadie. Pero lo está haciendo desde una esfera espiritual. Entonces tiene fuerza para hacer lo que le corresponde. Y al mismo tiempo lo está haciendo desde el amor. Todo eso queda a nivel del espíritu. Ahí, en el espíritu, los sentimientos son sutiles.

En otro momento, Hellinger menciona: "***Me di cuenta de que el 'perro de abajo' (under dog) expresa sentimientos secundarios y que éstos impiden la solución. En Gestalt y Terapia Primal de Janov está la idea de que la expresión de sentimientos por sí misma ya es buena, pero igual es parte del problema y no de la solución***".

De mis apuntes en un Diplomado de Constelaciones Familiares (2007-2008) tengo esto:

Sentimientos Primarios: Llevan a la acción, dan fuerza. Persiguen un objetivo claro, son de relativa poca duración y naturales. Ejemplo: El dolor por la muerte de un ser querido, la tristeza y el miedo.

Sentimientos Secundarios: Aquellos que impiden la acción, que debilitan. Duran más tiempo de lo normal y mientras más se expresan más empeoran; son dramáticos, pero al mismo tiempo falsos. Ejemplo: La autocompasión (sufrimiento) por la separación de un ser querido, la depresión, el resentimiento y el rencor.

Sentimientos Adquiridos (Adoptados): Los hijos adquieren los sentimientos de otros miembros de la familia; todo sentimiento importante que haya sido reprimido será asumido en el futuro por otro miembro. Son sentimientos ajenos. Ejemplo: la tristeza que vivió la abuela materna al ser abandonada por su marido.

Meta sentimientos: Son sentimientos sin emoción, pura

fuerza concentrada. Ejemplo: el valor, la humildad (asentir la vida como es), el amor, a serenidad, el arrepentimiento, la sabiduría; todos ellos nos son dados como una gracia y no es posible alcanzarlos luchando contra el destino. Los meta sentimientos están ligados a las características del ***Yo Esencial***

al que se refieren en IFS y también Connirae Andreas: curiosidad, compasión, confianza, calma, creatividad, conexión.

*Por otra parte, a principios de la década de 1980, Richard Bandler y John Grinder afirmaban: "*La PNL es una **terapia secreta** (encubierta) que supone la posibilidad de respetar la integridad del paciente como persona. No necesitamos el contenido. En último lugar preferimos incluso no conocer el contenido. Preferimos que el paciente vea las estructuras y los procesos y no se distraiga con los contenidos*", (cita de Alexa Mohl, 2019).

Es decir, la PNL ofrece la oportunidad de no chocar con los valores del paciente y de que si éste sintiera vergüenza del contenido no se sintiera expuesto, juzgado o vulnerable. A través de varias técnicas como la manipulación de Submodalidades visuales, auditivas y kinestésicas, la "magia" de la PNL actúa sobre la estructura y el proceso de la situación problema que trabaja el paciente, por lo que en este enfoque es importante alternar el estado asociado con el estado disociado.

Al EMDR no le interesa que el paciente narre detalladamente un trauma. Basta que se concentre en el suceso traumático mientras es estimulado bilateralmente, preferentemente con los ojos abiertos.

Bessel A. Van Der Kolk (2002), en su artículo '*EMDR: Más allá de la cura por el diálogo'*, menciona que: "*las terapias tradicionales pueden ayudar a desahogar, comprender y reconocer respuestas automáticas a recuerdos traumáticos, pero no a abolirlas, el insight no es capaz de reconfigurar los sistemas de alarma del cerebro ni va a cambiar las sensaciones que forman la máquina que permanentemente activa los recuerdos traumáticos".*

Lo importante en el tratamiento del transtorno por estrés postraumático es que se logre que las personas integren sus experiencias traumáticas sin hacerlas sentir traumatizadas otra vez. La estimulación bilateral del EMDR obviamente no afecta directamente la conciencia, pero actúa en los procesos subcorticales —talámicos— que tienen poco o nada que ver con

la comprensión y el darse cuenta.

En EFT (Emotional Freedom Technique, Técnicas de Liberación Emocional) no es indispensable hablar sobre el trauma o asunto ni forzar una catarsis. Ya que el *tapping* estimula puntos energéticos para reequilibrar el sistema energético de la persona y; por ende, se produzca una liberación emocional —discreta en su presentación, pero muy transformadora—, a través de suspiros, bostezos, lágrimas sin sollozos o con sollozos de baja intensidad, temblores, picor, cosquillas, entre otros reflejos.

6 puntos finales

1.-¿Significa esto que hay que arrojar a la basura las técnicas-enfoques viscerales y catárticos?

No. Hay que comprender que, a 52 años del fallecimiento de Fritz Perls, actualmente existen alternativas que han demostrado mayor rapidez, menor o nulo dramatismo emocional, e igual o mayor eficacia en los resultados favorables que la Terapia Gestalt. Sin embargo, ambos tipos de enfoques señalados siguen y seguirán coexistiendo, además de que hay algunos expertos gestaltistas y otros pobres terapeutas energéticos, o viceversa. Yo opino que vale la pena experimentar ambos enfoques y, por qué no, usar alguno de los dos según se vea la necesidad, así lo he hecho yo.

2.-En las "terapias silenciosas", varias veces será necesario introducir algunas frases cortas que el paciente expresará oralmente o subvocalizará (pensará). Esto se ve en

Constelaciones Familiares, EFT, y EMDR. Así que, las "terapias silenciosas" no son estrictamente mudas, pero sí reducen grandemente el uso de palabras, usando las necesarias; por ejemplo, Bert Hellinger es muy estricto en cuanto a escuchar el motivo de consulta que le plantea un paciente, pide hechos y no interpretaciones ni historias o quejas.

3.-Más allá de las emociones, sentimientos, palabras, imágenes y cuerpo parecen existir energías dentro y/o a través de cada persona que contribuyen a la 'sanación' o transformación que resuelve conflictos, atores, traumas,

problemas o situaciones complejas, sistémicas o no. Algunos les llaman meridianos de energía de acupuntura, campos morfogenéticos, capacidades espirituales del cerebro, energía chi, factores transpersonales, chamanismo, espiritismo, etcétera.

4.-Siempre está la posibilidad (las mismas técnicas se adaptan a ello) de aplicar variantes donde se combinen las "terapias silenciosas" con alguna terapia visceral, catártica, cognitiva, narrativa o de visualización guiada.

5.-Hay y habrá pacientes-clientes que si no les deja hablar lo que ellos pretenden entonces no exista la sintonía o *rapport*. En este caso, la decisión la tiene el terapeuta o constelador en cuanto a si atiende o no a dicho paciente-cliente.

6.- En los enfoques y técnicas que se señalan se procura guiarse con pocas palabras y a través de las sensaciones, sobre todo de las sensaciones-sentidas y de los sentimientos primarios y metasentimientos.

Breviario de casos y variantes

A.- He tenido consultantes que les embarga una pena, terror o vergüenza profunda y no desean —de momento— hablar sobre una violación sexual, tortura, secuestro, ataque a balazos, asalto violento, etcétera. Por lo que en estos casos es útil iniciar con terapia encubierta o silenciosa. Se le explica pacientemente al consultante que se le respetará su silencio y solamente se le harán escasas preguntas para que responda "sí", "no", o califique con escalas subjetivas cuando se le requiera.

Conforme avanza el proceso, el consultante va reprocesando exitosamente su trauma y va tomando forma su confianza en sí mismo y en el terapeuta que tiene enfrente, por lo que gradualmente se irá soltando en su expresión verbal.

B.- Estimulación bilateral encubierta

Preso que estaba deprimido por haber discutido con su madre un día antes. Lo atiendo, durante el *rapport* le sugiero

que aplique *tapping* en sus rodillas mientras me comenta cómo fue la discusión. Sin embargo, se niega a realizar el *tapping*, alegando que se sentiría estúpido. Le respeto esa decisión, procede entonces a relatarme lo sucedido con su progenitora mientras yo golpeteo discretamente con un dedo la mesa del escritorio con un ritmo alternado (bilateral, para facilitar integración cerebral indirecta o encubierta), esto no lo rechaza ni emite comentario alguno, mientras sigue desahogando su versión y prosigue la sesión terapéutica favorablemente con aspectos del darse cuenta y reestructuración de creencias. Igual pude haber usado música bilateral de fondo.

C.- Terapia discreta en un velorio

En un velorio, hubo unos niños que estallaron en llanto por ver a su madre muerta en el ataúd del velorio.

Me acerqué, sin decirles a ellos o a los demás, los abracé y les empecé a palmear los hombros y la espalda alta, de manera bilateral (alternada). Después de 3 minutos se empezaron a relajar, dejaron de llorar y se calmaron. Más o menos cada media hora volví a aplicarles esta técnica. Esos dos niños son mis nietos.

Referencias

Champetier de Ribes, Brigitte (2010). “Empezar a Constelar”. España: Gaia

Cohen, Dan Booth (2011). “Llevo tu corazón en mi corazón. Las Constelaciones Familiares y el sistema penitenciario”. España: Gaia

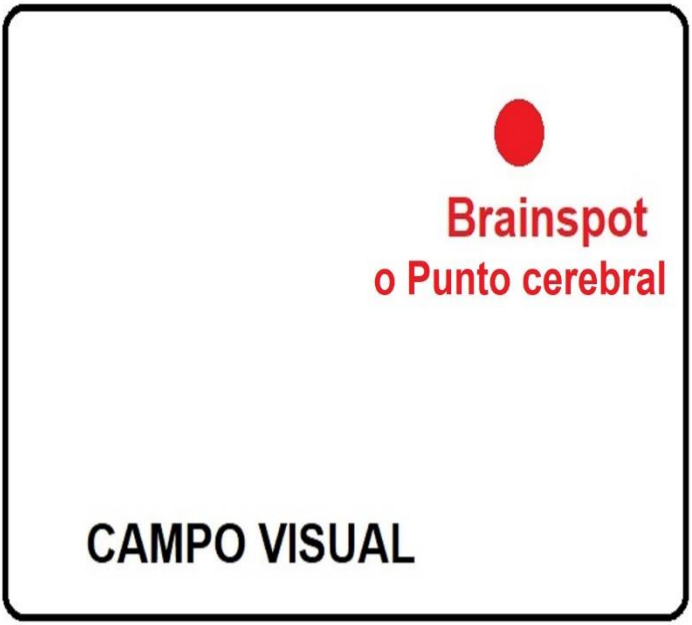
Garriga, Joan; Darder, Mireia; y Resino, Ramón (2001). Entrevista a Bert Hellinger en Barcelona. Traducción: Sylvia Gómez Pedra

Martínez-Bernal, J.C. (2007-2008). Apuntes de Diplomado en Constelaciones Familiares (en Universidad de Colima-Centro de Soluciones Sistémicas Vinculum Cor S.C.)

Mohl, Alexa (2004). El aprendiz de brujo II. El alumno magistral. España: Sirio

Van Der Kolk, Bessel A. (2002). Más allá de la cura por el diálogo: Experiencia somática, improntas subcorticales y tratamiento del trauma. En Francine Shapiro: EMDR, promesas para el desplazamiento de un paradigma, N.Y., APA Press.

14.- BRAINSPOTTS: MIRADAS INCONSCIENTES



La forma más simple de definir lo que es Brainspotting (BSP) es: "***Donde miras afecta a lo que sientes***". Si observamos la conducta humana podemos reparar que las personas cuando están refiriendo una experiencia personal tienden a mirar a diferentes posiciones (brainspots).

Si todavía observamos de manera más aguda, podremos ver como en función del asunto de la experiencia la persona tiende a mirar más frecuentemente a un punto en el campo visual que a otros; incluso a veces de una manera exclusiva y significativa.

Asumiendo que nada de lo que ocurre en nuestro sistema neurobiológico es aleatorio David Grand descubrió el potencial de la posición ocular como acceso al área de activación cerebral asociado a la experiencia somática despertada cuando la persona relata un asunto perturbador.

David Grand, psicoanalista durante más de 25 años y facilitador, supervisor y autor de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) descubrió el fenómeno de la "posición ocular relevante" en el año 2003 cuando trabajaba con una patinadora profesional para ayudarle a procesar los traumas vitales que limitaban el desempeño de un salto triple en sus competiciones de patinaje artístico. En un momento de la intervención observó como al estar haciendo movimientos oculares lentos con EMDR, el ojo de la paciente comenzaba a temblar muy ostensiblemente. Se sintió compelido a parar la técnica de los movimientos oculares y a mantener la posición de su mano, que guiaba el ritmo de los movimientos oculares de la paciente. Manteniendo la posición ocular fija, la paciente empezó a acceder y a procesar memorias "olvidadas" que estaban asociadas en la red neurológica vinculada al bloqueo del desempeño en el triple salto. Incluso se volvieron a procesar memorias que ya habían sido procesadas de una manera más profunda, trayendo nuevos aspectos y capas de la experiencia.

Una vez localizadas estas posiciones oculares o Brainspots (puntos cerebrales), pueden llevar –a través del mantenimiento de la fijación ocular– a la resolución de asuntos profundamente almacenados en las áreas no-verbales, no-cognitivas del cerebro. BSP utiliza tanto la activación enfocada como la conscienciación plena (mindfulness) como mecanismos de intervención. El objetivo es conseguir una liberación completa y exhaustiva de la activación guardada en el cerebro y en el cuerpo. BSP es un modelo que incorpora activación y recursos sistémicos aplicados sobre la base de consideraciones de diagnóstico y desarrollo. El modelo BSP es fruto de un desarrollo tanto relacional como técnico con un fundamento filosófico y fisiológico. Es un modelo abierto, inclusivo que invita a los terapeutas a hacer uso de la sabiduría de su formación previa y experiencia profesional.

Brainspotting (BSP) fue descubierto por David Grand Ph.D, en 2003, quien tiene muchos años de experiencia en EMDR, Somatic Experiencing Levine y terapia relacional.

Al detener un seguimiento ocular ante cualquier respuesta refleja obtenía un procesamiento profundo y acelerado similares. Estos reflejos incluyen parpadeo, temblor en uno o ambos ojos, aceleración de la respiración, suspiros, congelamiento de los ojos, tos, dificultad para tragar, movimientos de la boca, apertura o estrechamiento de los ojos, inclinación de la cabeza y cambios en la expresión facial, entre otros. El autor encontró estas nuevas manifestaciones tan curiosas como atractivas, puesto que convertían su ya exitosa habilidad de ayudar a los clientes a procesar asuntos hacía una resolución aun más potente y completa. Buscó un nombre para este proceso y llegó a Brainspotting, reconociendo que estos “puntos” en el campo visual resultan ser el acceso a las localizaciones y funciones en el cerebro.

Actualmente hay seis métodos distintos para localizar las posiciones oculares. Una vez determinadas, el cliente es conducido a observar sin criticas su proceso interno tal como ocurre secuencialmente, que incluye el afecto, la memoria, la cognición y, especialmente, las sensaciones corporales. Esta auto-observación se llama “Mindfulness enfocado” (consciencia plena) en tanto que es paralela a la meditación, pero se realiza en un estado de activación focalizada. En varios momentos,

determinados por el cliente o el terapeuta, se producen pequeñas discusiones que van revisando la naturaleza del procesamiento. Esto va seguido de la reorientación que el terapeuta hace al cliente hacia la experiencia de su propio cuerpo de forma que es como un resumen de la auto-observación no guiada. El proceso continúa hasta que el cliente llega a un estado de resolución que queda determinado por la vuelta al asunto original de la activación ahora sin activación en la escala SUD.

1.- BSP de "ventana externa". Consiste en que el cliente siga un puntero (es la herramienta de la que nos ayudamos para localizar y fijar la posición del ojo) a medida que el terapeuta lo mueve lentamente a lo largo del campo ocular. El terapeuta observa minuciosamente la cara y los ojos del cliente buscando respuestas reflejas. Un ejemplo de éstas es cuando el ojo tiembla o se congela,

Un suspiro profundo o tragar, una respiración rápida (se pueden apreciar innumerables reflejos).

Cuando se observa cualquiera de estas manifestaciones, el terapeuta simplemente mantiene el Puntero en el sitio y pide al cliente que mire al punto.

El proceso atencional sin expectativas se mantiene ahora enfocado en el trauma activado y comienza a revelarse información.

2.- BSP de "ventana interna". Comienza pidiendo al cliente que siga el puntero a lo largo de su campo visual; aquí el terapeuta pregunta al cliente en qué posición siente la mayor activación en el cuerpo ("ventana interna"). Una vez localizado el punto, El cliente mantiene la mirada en dicho punto mientras observa Su experiencia y los procesos Internos tal como ocurren momento a momento ("ve adentro y simplemente observa con curiosidad qué viene y qué viene después y después …", "continúa y observa a dónde te lleva"). De esta manera se va desvelando el trauma con todos los contenidos asociados en la red neurológica.

3.- BSP “con un ojo”. Esta tomada del trabajo de Fredric Schiffer quien determinó que cada hemisferio del cerebro era como una personalidad separada (Schiffer, 1999). El acceso a ambos lados del cerebro a través del sistema visual se produce de manera cruzada respecto a los hemisferios. En consecuencia, desarrolló gafas de protección que limitaban la visión en ambos ojos de modo que, en cada caso, la luz entrante venía sólo del extremo izquierdo o del extremo derecho del ojo, activando el hemisferio opuesto en el cerebro. Al cambiar periódicamente entre las dos gafas, Schiffer observó una respuesta integradora que conducía la resolución de la cuestión. Las gafas del BSP fueron diseñadas para ocultar el 50% del campo visual, ya sea uno u otro ojo. Para determinar cuál de los ojos tenía mayor nivel de activación pidió a sus clientes que de modo alternativo cubrieran cada ojo para evaluar con la escala SUD el nivel del ojo abierto. El ojo con el nivel más alto en la escala SUD fue llamado “ojo de activación” y el ojo con el nivel más bajo “ojo de recurso”. Una vez que estaba determinado el ojo de activación, se podían poner las gafas adecuadas que dejaban expuesto el ojo de activación. El BSP de Ventana Interior se utilizó para encontrar el punto de máxima activación en el ojo de activación. El abordaje con un ojo se utilizaba cuando el cliente manifestaba un procesamiento lento, o en casos de condiciones emocionales vagas como puede ser el trastorno de ansiedad generalizada o la depresión crónica o la fibromialgia.

4.-El BSP de “Barrido” (Rolling BSP) es una forma versátil de utilizar los Brainspots de Ventana Exterior. Se realiza de una manera similar a como se localizan y asignan los Brainspot de Ventana Exterior inicialmente. Esto implica un acompañamiento ocular lento siguiendo el eje horizontal a través del campo visual del cliente, parando en cada ubicación donde se expresa un reflejo. La cantidad de tiempo que se detiene en cada punto reflejo puede variar de unos pocos minutos a una pausa momentánea.

5.-El BSP del “Eje Z” trae la tercera dimensión de profundidad a la localización de las posiciones oculares. La Ventana Interior primero explora el eje horizontal o eje X, seguido por el eje vertical o Y, en busca del máximo nivel de activación o recursos. Pero la exploración de la diferencia entre cerca y lejos queda aún por explorar en el Brainspot después de que este haya sido localizado. Se ha observado que la mayoría

de clientes presentarán mayor o menor activación dependiendo si miran al puntero situado entre 120 a 180 centímetros frente a sus ojos en contraposición a mirar a través del puntero hacía la pared del fondo que puede estar a cualquier distancia más allá del puntero. A menudo el punto más alejado en el eje Z resulta tener menor activación que mirando más de cerca al puntero. A los alumnos de BSP se les enseña que comiencen el procesamiento en el punto de profundidad de menor activación.

6.-El BSP de "Mirada" (Gazespotting). Este enfoque hace uso de nuestra tendencia natural a mirar (en inglés "gaze") a distintos puntos en nuestro campo visual cuando hablamos de cuestiones que tienen carga emocional. Cuando se observa, parece como si los clientes estuvieran hablando con el punto sin darse realmente cuenta de su comportamiento. Es la única forma de BSP en la que el cliente elige su propio punto de forma intuitiva e inconsciente. Salvo algunas excepciones, tiende a ser más suave y con recursos en comparación a los puntos más activadores. BSP de Mirada también es una buena introducción para nuevos clientes en BSP ya que no recurre al puntero ni al proceso de "set up" o puesta a punto que puede resultar extraño para el cliente hasta que no ha experimentado el poderoso efecto del BSP.

Con BSP la integración de otros enfoques no sólo es algo "permitido", sino que alentado. Esto encaja con la forma en que la fenomenología se aplica al BSP con el conocimiento de que el sistema humano es demasiado vasto como para ser entendido desde el exterior. Consecuentemente no puede haber un único modelo que abarque este sistema.

Observaciones:

1.-Es obvio que, para valorar esta técnica, hay que comprender y/o practicar primero el EMDR.

2.-Sobre la dirección de las miradas según la PNL para sistemas de representación aquí en el BSP no lo manejan exactamente de esa manera, sin embargo, en lo práctico es claro que los que entendemos la PNL sí nos podría facilitar o complementar la terapia BSP.

Breviario de casos y variantes

A.- Ancestros en la mirada.

¿En cuál ubicación de tu campo visual —brainspot— ubicas a un ancestro determinado?

Un consultante ubicó a una abuela materna —con la que se identificaba bastante— a su lado derecho inferior de su campo visual que era una pared. La importancia de ubicar este brainspot es relevante como punto de partida para trabajar aspectos como sensación-sentida en el cuerpo, mindfulness sobre la abuela, etcétera.

B.- ¿Dónde conectas tu sueño en tu campo visual?

Busca el brainspot donde conectes tu sueño. Una vez identificado esto, facilitará el trabajo proyectivo y/o gestáltico sobre el sueño.

C.- Brainspot de reloj.

Una variante en el Brainspotting que usado en algunas ocasiones es lo que llamo 'Brainspot del reloj', que consiste en que al estar mirando el brainspot respectivo, el consultante hará movimientos oculares que partirán desde el punto brainspot y se dirigirán hacia los números imaginarios de un reloj que iniciará en el 12, al norte del brainspot, para luego dirigir su mirada hacia la zona imaginaria donde estaría el 1, luego hacia la zona del 2, hasta llegar otra vez al lugar imaginario del 12. La extensión de los 'rayos' o 'manecillas' llegarán a los límites del campo visual que se tenga enfrente. El propósito de este ejercicio es hacer un barrido visual que llegue a todos los cuadrantes del campo visual.

D.- El claustrofóbico

El consultante recuerda que a la edad de 3 años estaba ansioso y con miedo a la oscuridad en su habitación, por lo que camina un pasillo y toca la puerta del cuarto de sus padres. Le abren, pero lo regañan severamente, él se frustra, reconoce que le afectó más la frustración que la ansiedad o que el miedo. A

partir de entonces desarrolla fobia a estar en lugares cerrados y oscuros.

En la pared del cubículo donde se realizó la sesión, busca una zona donde conecte con el evento traumático señalado al inicio. Una vez localizado, realiza Abrazo mariposa varias veces.

Luego, visualiza la mano de madre en hombro izquierdo, además de su abuela atrás de su madre, esto le proporciona seguridad.

Vuelve a realizar Abrazo mariposa varias veces.

(Brainspotting) Busca un punto o zona en pared para conectar con su madre. Una vez que lo consigue, dialoga con ella mirando ese punto localizado.

Cuando hace un chequeo corporal, expresa tener dolor de cabeza residual que se elimina con Técnica PET Borrado del dolor (ver esta técnica en mi libro «Técnicas Energéticas y de Integración Cerebral» 2a. edición).

Al final termina cansado y cerramos la sesión, y antes se relaja con Abrazo mariposa y trayectos de vista vertical al centro de su panorámica.

E.- Polaridades visuales

Brainspots de creencias positivas y negativas.

Brainspots de sensaciones-sentidas positivas y negativas. Brainspots de sentimientos positivos y negativos.

F.- Ubicar *brainspots* para todos los gustos o necesidades

Puedes ubicar en tu campo visual *brainspots* de cuando has perdonado, ofrecido una disculpa, te has autoperdonado, sobre los tiempos de la línea de vida, sobre el mayor logro, el punto de nuestra creatividad, donde conectamos nuestra depresión, ansiedad, trauma, enfermedad, etcétera.

Se pueden localizar *brainspots* desde diferentes posturas:

1.- Desde la postura en que sientas más malestar o sufrimiento.

2.- Estando sentado en una silla pequeña infantil.

3.- Parado frontal o de perfil.

4.- Desde una distancia cercana o lejana de una pared o campo visual que se tenga.

5.- Acostado en una cama o en el suelo.

6.- Con algo en la mano que cause malestar (cigarrillo, fotografía, cerveza, objeto, pastelito, etc.

¿Qué hacer después de haber localizado un brainspot que necesitamos?

Si es sobre algo positivo y constructivo nos conviene anclarlo con PNL o con estímulos bilaterales táctiles, abrazo mariposa, incorporarlo a nuestro corazón con una mano encima de este y respirando lentamente. Otra manera de trabajarlo es con mindfulness, dejándonos llevar sin juicios y esperando lo que venga de sensaciones, pensamientos y sentimientos.

Si es sobre algo perturbador o de malestar, pues trabajarlo con alguna o algunas de las técnicas de movimientos oculares sugeridas en este libro, o con otras técnicas de psicología energética.

Referencias

Grand, David (2014). “Brainspotting”. España: Sirio

Grand, David y Goldberg, Alan (2015). “Así es tu cerebro cuando haces deporte: Cómo vencer para siempre los bloqueos, el desánimo y la ansiedad”. España: Eleftheria

Salvador, Mario C. (2022). “Más allá del yo. Encontrar nuestra esencia en la curación del trauma”. 2ª edición. España: Eleftheria

Salvador, Mario C. (2018). “BSP, disociación y estados del yo”. Artículo recuperado de: https://aleces.b-cdn.net/wp-content/uploads/2019/08/articulo-4.pdf

15.- LAS CLAVES DE EMDR

¿Cómo se descubrió el EMDR?

Historia oficial (contada por Francine Shapiro): Dice que ella iba caminando en un parque, llena de preocupaciones. Se sentó en una banca y espontáneamente comenzó a mirar de izquierda a derecha, en su campo visual, descubriendo que esto disminuía considerablemente sus preocupaciones, sintiéndose mejor,

Historia no oficial (contada por John Grinder, Cora Besser-Siegmund y los Andreas Steve y Connirae): Francine Shapiro trabajó como asistente —administradora de ventas— de John Grinder durante un tiempo en las oficinas de *DeLozier and Associates* en la década de 1980, habiendo intercambio de puntos de vista entre ambos sobre algunos temas, incluyendo una asesoría que Grinder le ofreció a Shapiro sobre cómo tratar un trauma con una persona que era atendida por ella. En dicha asesoría le comentó Grinder a Shapiro sobre movimientos oculares que se hacían en PNL para relacionar los accesos oculares con los procesos internos de las personas. Y los señalados expertos en PNL afirman que, desde su origen, Shapiro se ha deslindado por completo de cualquier influencia de la PNL en su modelo terapéutico, algo que les parece ofensivo y desleal que nos les de crédito en esto.

¿Es lo mismo EMI que EMDR?

Steve Andreas (1935-2018), experto en Terapia Gestalt y PNL, fue quien acuñó el término Integración del Movimiento Ocular (*Eye Movement Integration*, EMI, por sus siglas en inglés). Junto con su esposa Connirae Andreas. Ellos desarrollaron la técnica y la enseñaron a otros que la refinaron (por ejemplo: Beaulieu, 2003; Austin, 2009; Klein, 2015; Deninger, 2021). En los próximos capítulos escribiré más sobre estos modelos terapéuticos.

Los Andreas desarrollaron más de 20 movimientos oculares separados para usar con EMI, que intersectan todas las posiciones de acceso (visual, auditivo, cinestésico y diálogo interno); en comparación con solo dos movimientos para el EMDR de 1989. La disparidad en ese número fue una de varias diferencias claras entre las dos terapias cuando se introdujeron. Otro fue el enfoque de EMI en todas las representaciones internas de una experiencia (cognitiva, visual, auditiva, visceral y emocional). El enfoque inicial de EMDR —entonces llamado EMD— estaba solo en una imagen visual y una caracterización cognitiva de la experiencia, aunque desde finales de 1990 se prestó más atención a las reacciones emocionales y físicas a los eventos traumáticos (modelo TOTE y estado de ruptura que ya manejaba la PNL, a quien no dio el crédito necesario).

La **R** agregada a las siglas del modelo es por el *Reprocesamiento* que el consultante hace de los elementos cognitivos, emocionales y de sensaciones corporales.

Tanto EMI como EMD utilizaban la escala SUD de Wolpe (1969) para medir los cambios subjetivos de la perturbación trabajada. Solicitar a los consultantes que siguieran el movimiento de un dedo o un bolígrafo mientras visualizan una experiencia negativa fue la contribución única de Shapiro.

¿Quién fue Francine Shapiro?

La creadora del EMDR murió en junio 2019, a los 71 años de edad. Fue investigadora en el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto, California. Ha recibido los siguientes premios y

reconocimientos:

-Premio “Sigmund Freud” que otorga la Asociación Mundial de Psicoterapia por su gran contribución a éste campo, en el año 2003.

-En 1994, recibió el “Premio a la Destacada Consecución Científica en Psicología” (Distinguished Scientific Achievement in Psychology) otorgado por la Asociación Californiana de Psicología.

-Shapiro fue designada como uno de los "grupo de expertos" de la Asociación Americana de Psicología (APA) y Asociación Canadiense de Psicología iniciativa conjunta de etno-políticos de Guerra.

¿Qué es EMDR?

El EMDR (acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing) que se traduce como Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares es una técnica psicológica terapéutica utilizada para desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos de una manera natural y rápida a través de movimientos oculares ***sacádicos*** (Shapiro, 1989), recordando que este tipo de movimientos son rápidos y exploratorios.

El método fue descubierto y ha sido desarrollado desde 1989 por Francine Shapiro, que inicialmente le llamó EMD (Eye Movement Desensitization). Fue hasta finales de la década de 1990 que incorporó la desensibilización, además de otros elementos a su modelo, cambiando su denominación a EMDR.

Es un Modelo de Psicoterapia complejo que integra elementos y componentes exitosos de diferentes enfoques. Sin embargo, lo más llamativo del enfoque EMDR es la utilización de estimulación bilateral, ya sea como movimientos oculares, sonidos o golpecitos (tapping), estimulando un hemisferio cerebral por vez.

El modelo utiliza conceptos teóricos de otras teorías psicológicas (procesamiento bioinformacional, conductual, cognitiva, humanística, sistemas familiares y psicodinámica),

toma prestado términos y técnicas de varios modelos y los integra de una manera particular.

Como informó en su primer artículo de revista, Shapiro (1989) instruyó a los sujetos para que siguieran el dedo del terapeuta mientras se movía rápidamente hacia adelante y hacia atrás una vez por segundo. El primer patrón fue un movimiento horizontal a la altura de los ojos. El segundo patrón era un movimiento diagonal desde la parte inferior derecha del sujeto (comenzando aproximadamente al nivel de la barbilla) hacia la parte superior izquierda (subiendo hasta el nivel de las cejas). Cada patrón se repitió de 10 a 20 veces y se realizó a 12 a 18 pulgadas de la cara del sujeto.

Actualmente al EMDR se considera un método a la par de lo cognitivo-conductual en cuanto al tratamiento de traumas por estrés postraumático, ya que la evidencia empírica y científica está demostrando la eficacia de esta técnica de tratamiento.

"*EMDR existe desde hace más de 30 años y ha sido reconocido como la más eficiente de las terapias de trauma bien establecidas*" (Mavrenzouli et al., 2020).

Los defensores del EMDR afirman que las estimulaciones bilaterales solas no son EMDR. Tienen razón, existen 8 fases que en su conjunto constituyen este método.

Las 8 fases del EMDR

1.-Historial clínico y planificación del tratamiento. Realizar un panorama clínico donde se incluyan conductas disfuncionales, sus síntomas y características. También, hallar los blancos: sucesos imaginarios, detonadores actuales, conductas y actitudes positivas para usarlas en su conducta futura. Y decidir si el paciente es elegible o no para este tratamiento.

2.-Preparación de un lugar seguro, relajarlo, sensibilizarlo y explicarle detalles sobre EMDR.

Por lugar seguro se refiere a un refugio cognitivo que la persona elija para evocarlo cuando se sienta abrumada en algún

momento de la terapia. Se suelen seleccionar como lugares seguros: recuerdos de una playa, habitación propia en el hogar, un parque, sala de su hogar, un rancho, la compañía de un ser querido en un restorán, etcétera.

Además de delinear detalles del motivo de consulta.

3.-Evaluación. Identificación de los componentes del blanco de la respuesta base: imagen, una cognición negativa, una cognición positiva y se evalúa esta última con la escala EVC (Escala de Validez de Cognición). Aquí la imagen y la cognición se combinan para identificar la emoción y el nivel de perturbación con la escala USP (Unidades Subjetivas de Perturbación). Puede ocurrir resistencia y aumentar el nivel USP pero luego bajará.

4.-Desensibilización con estimulaciones bilaterales. La desensibilización, o eliminación de la perturbación, es en realidad el subproducto del reprocesamiento, al igual que la reestructuración de la cognición, la obtención de revelaciones, etcétera. Las estimulaciones son bilaterales porque alternan la estimulación de los hemisferios cerebrales, a través de los dos ojos (movimientos oculares), alterna dos lados corporales (dos rodillas, dos hombros, dos palmas de las manos, dos pies, dos piernas), o dos oídos, a través de música hecha con el efecto especial bilateral y para ser escuchada de esa manera, a veces de preferencia con audífonos.

5.-Instalación de recursos. Se centra en acentuar e incrementar el nivel de EVC de la cognición positiva. Se pide al paciente que mantenga su atención puesta en la cognición positiva más apropiada –que él creó- junto con el recuerdo blanco. Entonces el terapeuta continúa aplicando series de movimientos oculares hasta lograr un EVC de 7 (bien fortalecido). Aunque a veces surgen cogniciones positivas o negativas espontáneamente durante las series sucesivas. La meta consiste en instalar una cognición positiva poderosa y ecológicamente válida

6.-Exploración del cuerpo (body scan). Se pide al paciente que mantenga en mente tanto el suceso del blanco como su cognición positiva instalada, al tiempo que explora su cuerpo mentalmente, de arriba hacia abajo. Para que identifique cualquier tensión residual en la forma de sensación corporal

incómoda. Y de encontrarse estas serían consideradas blancos de series sucesivas. A veces se resolverá sencillamente, pero otras revelarán información adicional, incluyendo posiblemente emociones como dolor o enojo. Las sensaciones físicas pueden estar asociadas con una tensión emocional, tales como la rigidez de los músculos del cuello o el aceleramiento del ritmo cardiaco. Otras sensaciones físicas posiblemente formen parte de la experiencia sensorial del trauma que constituye el blanco del tratamiento, como sentir el apretón de la mano del atacante. Por lo que no se considera que la sesión EMDR se ha completado sino hasta que hayan sido reprocesadas apropiadamente todas las sensaciones físicas generadas por pensamientos vinculados con el trauma.

7.-Fin del tratamiento y clausura. Se debe restituir al paciente a un estado de equilibrio emocional al final de cada sesión, aún cuando no se haya completado el reprocesamiento. Se le recuerda al paciente que las imágenes, los pensamientos y los sentimientos perturbadores que pudieran surgir entre cada sesión evidencian que es necesario realizar un procesamiento posterior. Se le instruye también que lleve un diario (bitácora) de los pensamientos, situaciones, imágenes, pesadillas y recuerdos negativos que puedan surgir, ya que pudieran ser relevantes para el tratamiento, y en ellos el terapeuta puede encontrar patrones disfuncionales o nuevos canales. El diario y la técnica de visualización con ayuda de audios de música bilateral son muy importantes que lo practiquen entre cada sesión. Además, al paciente se le deben proporcionar expectativas realistas acerca de las respuestas negativas (y positivas) que pueden aflorar durante y después del tratamiento. Es posible un efecto dominó que estimule otros recuerdos negativos a medida que progrese el procesamiento de la información. También, en la fase de clausura se tendrá que aplicar una visualización guiada que proporcione relajación y tranquilidad al paciente, por ejemplo, se puede repetir el ejercicio “lugar seguro”.

8.-Reevaluación. Deberá ser implementada al inicio de cada nueva sesión. El paciente debe recordar nuevamente algunos blancos que ya habían sido reprocesados previamente y revisa las respuestas del paciente para determinar si se han mantenido los efectos del tratamiento.

Para enfocar nuevo material es necesario que los traumas tratados previamente se hayan integrado por completo. Y es posible que se hayan generado nuevas conductas en el paciente, por lo que el terapeuta atenderá dichos problemas. Se deberá tratar cada estímulo detonador (de negativas imágenes, cogniciones y sentimientos) por separado enfocado en su tiempo. Se debe elegir y reprocesar una pesadilla, aunque el paciente no la pueda interpretar, pero el terapeuta sospeche que es un blanco. Sin importar de qué manera aflore la información a nivel subjetivo, siempre y cuando el procesamiento haya continuado, sólo se deberá guiar al paciente hacia la siguiente serie con la declaración general: "piensa en eso".

Los terapeutas pueden suponer que un canal ha sido "limpiado" cuando el paciente se torna progresivamente menos perturbado, cuando las asociaciones parezcan haber terminado, y cuando no aflore nada nuevo o significativo después de dos series de movimientos oculares en diferentes direcciones.

Primera clave: la estimulación bilateral.

Originalmente, el EMDR surgió porque su creadora, Francine Shapiro, descubrió en 1989 que los movimientos oculares, hechos de manera bilateral, o sea, en ambos lados de la perspectiva, tenían efectos sorprendentes de procesamiento adaptativo de traumas. El efecto no es una simple relajación, sino que las memorias traumáticas que estaban 'trabadas' se destraban, se reprocesan, y esto tiene un efecto tranquilizante (desensibilizador) y positivo (destraumatizante) en creencias, sensaciones y sentimientos.

Después, Shapiro experimentó y comprobó que otros tipos de estimulaciones bilaterales también tienen un efecto similar, aunque esto dependerá de cómo se ajusta esto entre terapeuta-paciente, quienes decidirán el tipo de estimulación, las variantes, el ritmo y la velocidad. Los otros tipos de estimulación bilateral, aparte de la visual, son auditivas y táctiles. Por lo que el nombre original de la terapia tendría que ser más amplio, sin embargo, como dice la autora, cuando lo intentó ya era demasiado tarde para cambiarle la etiqueta.

Estimulación bilateral quiere decir que se estimula ambos hemisferios cerebrales, por eso se toma en cuenta los dos lados

del cuerpo, derecho e izquierdo: ojos, manos, pies, rodillas, oídos, etc. Y es muy importante agregar que lo bilateral no es a ojos o manos libres, tiene que haber un ritmo de alternar la estimulación, sea visual, auditiva o táctil.

Ejemplos de estimulación visual son los movimientos oculares que siguen los dedos de un terapeuta que mueve su mano en varias direcciones. También, existen aparatos programados con luces que estimulan bilateralmente los ojos del paciente. El propio paciente puede realizar movimientos oculares de este tipo tomando como referencia cualquier lugar u objeto, una pared, un cerro, un horizonte, un techo, etcétera. Una de las instrucciones que se dan al paciente es que mueva los ojos, no la cabeza, o la mueva muy poco. Y que mientras estimula sus ojos se concentre simultáneamente en un trauma que quiera trabajar; esto último aplica también para los otros tipos de estimulación bilateral. Después se ha notado que las direcciones de las miradas pueden ser horizontales, verticales, diagonales, circulares, cuadradas, formando figuras geométricas, entre otras.

Ejemplos de estimulación auditiva son los audios creados por expertos (David Grand, por ejemplo) y que estimulan los oídos de manera alternada, de preferencia con audífonos. También, con los dedos podemos chocarlos haciendo tris tras en los oídos del paciente, de manera alternada. Otra manera es que el terapeuta haga sonido alternado (bilateral) con sus manos o dedos en una mesa, piso u objeto.

Ejemplos de estimulación táctil son el *tapping* (golpecitos con las yemas de los dedos) en puntos energéticos del cuerpo (según la acupuntura y EFT) tomando en cuenta los lados izquierdo y derecho del mismo punto en referencia, o también estimular dos puntos energéticos diferentes, según se decida. Además, hay puntos que frecuentemente usan los terapeutas de EMDR: las palmas de las manos, los hombros, el abrazo mariposa (que explicaré más adelante) y las rodillas. Insisto, la estimulación debe ser alternada, porque es así como aumenta su eficacia. Uno de los factores que pudiera ser problema, en estos tiempos de morbo y desconfianza, es que es preferible no tocar al paciente, enseñándole a que él mismo se aplique la estimulación táctil, para evitar suspicacias y malentendidos.

La estimulación bilateral tiene dos grandes características y usos:

Uno. Con ritmo rápido sirve para destraumatizar.

Dos. Con ritmo suave sirve para anclar una creencia, imagen, visualización o cualquier cosa. Repito, sirve para Anclar, así que esos de la PNL, la estimulación bilateral puede acelerarles y fortalecer las anclas que intenten realizar.

Así es, algunos se sorprenden cuando se les dice que la estimulación bilateral sirve para dos objetivos diferentes, aunque positivos en ambos casos.

Como ven, esta gran clave del EMDR se puede integrar a varios enfoques psicoterapéuticos que manejes.

Típicamente, el terapeuta sostiene dos dedos hacia arriba, con la palma hacia el paciente, a una distancia aproximada de 30 a 35 centímetros del rostro del paciente. Luego se pregunta al paciente: "¿se siente cómodo?, si la respuesta es negativa, el terapeuta deberá determinar la colocación y la distancia a la cual el paciente se siente más cómodo.

La primera serie (set) consiste en 24 movimientos bidireccionales (con duración aproximada de un segundo cada movimiento) en los que un cambio izquierda-derecha-izquierda constituye un movimiento. Algunos pacientes necesitan 36 ó más movimientos por serie para procesar el material muy cargado emocionalmente.

El abrazo mariposa o *abrazo del amor a mí mismo*, es una técnica que se le ocurrió a una mexicana entrenada con EMDR, Lucina (Lucy) Artigas, durante el trabajo realizado en Acapulco con los sobrevivientes del huracán Paulina (1997). Luego, ella fue galardonada con el Premio a la Innovación Creativa de la *EMDR Internacional Association* (2000).

Consiste en cruzar el brazo izquierdo hacia el pectoral derecho, y cruzar encima el brazo derecho hasta que toque el pectoral izquierdo. Entonces, con los dedos proceder a estimular bilateralmente, o mejor dicho contralateralmente, los pectorales (zona dolorosa 7 cm encima de los pezones), los hombros y/o

ambos lados de la clavícula. Se le puso mariposa porque la estimulación alternada semeja un aleteo.

Se respira suave y profundamente, mientras que se recuerda lo traumático que pasa por la mente y el cuerpo, sin juzgarlo ni reprimirlo. La duración de este ejercicio es según los deseos de cada persona. Se usa en varios contextos, por ejemplo, como ancla para instalar la técnica del "lugar seguro" (que más adelante comentaré); para anclar emociones positivas, asociadas con imágenes producidas por visualización guiada. En un orfanato de Centroamérica, le dicen a los niños: "*Tú puedes sentir el amor de Dios cuando te haces el Abrazo de la Mariposa*".

Los *aleteos mariposa* también debilitan creencias, imágenes y sensaciones-sentidas que causen malestar.

Segunda clave: el uso de escalas subjetivas para medir el impacto de creencias negativas y positivas.

Escala de unidades subjetivas de perturbación (SUD):

En 1969, el conductista Joseph Wolpe desarrolló la Escala de unidades subjetivas de perturbación, para medir el nivel o intensidad de ansiedad, dolor psicológico o malestar subjetivo. La escala va de 0 (cero) o ninguna alteración, el 5 significa que más o menos siente la perturbación, y hasta el 10 que representa la más alta perturbación en quien se autoevalúa. Se sugiere reprocesar los eventos calificados con nivel 5 o más.

Esta escala ha sido utilizada en EFT y EMDR para que el paciente autoevalúe la intensidad de perturbación que una creencia (llamada cognición, en EMDR) negativa tiene en él, valorando de preferencia con sus instintos (visceralmente). En estas técnicas suele asociarse la creencia (pensamiento o frase) negativa con una imagen perturbadora traumática. La creencia tiene que estar formulada en tiempo presente, y en primera persona para que incorpore un locus de control interno, además de representar la parte intelectual del evento, no la emocional. Las creencias negativas girarán en torno a las categorías de: responsabilidad (por ejemplo: soy una mala persona; merezco sólo lo peor; soy tonto; debí haber hecho algo; cometí un error);

seguridad/vulnerabilidad (por ejemplo: me encuentro en peligro; desconfío de todos; soy muy inseguro; nadie me quiere); control/decisiones (por ejemplo: estoy descontrolado; soy débil; nunca conseguiré lo que deseo).

Para niños, en esta escala plasmada en una cartulina se asocian números con figuras de animales, siendo significativo el tamaño de estos para representar números grandes o pequeños.

Ahora, una vez que evalúe la creencia negativa, también se suele optar por preguntarle al paciente en qué lugar del cuerpo siente esa valoración o número. Si no llega a cero hay que investigar si existe algún impedimento ecológico o de autosabotaje.

Escala de Validez de Creencia Positiva (VoC):

También llamada Escala de Validez de Cognición, creada por F. Shapiro, es una escala de diferencial semántico, donde el 1 (uno) representa el concepto 'completamente falso', y el número 7 (siete) significa 'completamente verdadero'. Aquí se insta a que el paciente responda también de manera visceral (instintiva), sin racionalizar.

¿Cómo surge la creencia positiva? Se le pide al paciente que nos diga una frase (creencia) positiva que reemplazará a la Creencia Negativa cuando haya superado la primera.

El paciente evalúa el incidente (o la imagen). Se le dice: ¿cuán ciertas le parecen dichas palabras (el clínico repite la cognición positiva) en una escala de 1 al 7, en la que el 1 representa algo enteramente falso y el 7 algo totalmente cierto?". (Shapiro, F. 2004, p. 137). La meta obvia es que el paciente llegue al nivel 7.

Tercera clave: el lugar seguro.

El tren de la destraumatización necesita tener estaciones seguras donde este pueda bajar la velocidad o estacionarse cuando lo crea conveniente, durante o fuera de la sesión.

En EMDR, en la fase de preparación se entrena al paciente a que instale en su mente el recuerdo de un '*lugar seguro'*, para

que recurra a este cuando se sienta rebasado por los recuerdos traumáticos o abreacciones. Este recurso provee al paciente un anclaje asociado a una imagen, creencias, afectos y sensaciones de seguridad.

Los pasos a seguir para establecer el lugar seguro se van encadenando:

1.-Que el paciente recurra a la IMAGEN de un lugar que le represente la cualidad de seguridad:

Si el paciente no puede acceder a una imagen de seguridad entonces que recurra a una de confort. Si no ha tenido ninguna imagen que le represente seguridad o confort, entonces que cree una. Obviamente hay que asegurarse que el paciente no haya sufrido un trauma en el lugar que elige como imagen. Para reforzar las modalidades sensoriales de la imagen del lugar se puede utilizar un anclaje PNL o estimulaciones bilaterales.

2.-IMAGEN + CREENCIA POSITIVA + SENSACION CORPORAL= AFECTO:

Cuando la imagen de seguridad (o confort) esté establecida, pedirle al paciente que diga en qué lugar de su cuerpo siente la sensación de seguridad y fortalecer esta asociación con la imagen elegida, usando la creencia positiva:" las *sensaciones en mi* (nombrar lugar del cuerpo donde se siente la seguridad) *me hacen sentir seguro*".

3.-IMAGEN + AFECTO+ PALABRA O FRASE CLAVE, hasta el nivel 7:

Cuando la asociación del paso 2 esté firmemente establecida entonces instalar la creencia: "*Estoy seguro*", o una palabra/frase parecida. Que el paciente diga qué tan creíble es esta creencia/frase/palabra unida a la imagen de seguridad (o confort) elegida en el paso 1. Aquí usar la 'escala de validez de cognición' (VoC), usando estimulaciones bilaterales hasta que llegue al nivel 7 de credibilidad.

4.-Comprobar la instalación del Lugar Seguro:

Que el paciente haga un paseo al pasado, pidiéndole que evoque una imagen perturbadora, para entonces usar la palabra o frase clave y compruebe si se siente seguro en ese momento, dejando a un lado el recuerdo perturbador.

También, que haga un paseo al futuro, imaginando una situación donde quiera sentirse seguro, usando la palabra o frase clave instalada para el Lugar Seguro.

El Lugar Seguro también le es útil al paciente cuando fuera de las sesiones le lleguen *flashbacks* o recuerde involuntariamente sucesos traumáticos.

Por otra parte, el Lugar Seguro también se puede instalar a través de un anclaje como se usa en PNL.

Cuarta clave: el blanco y el tiempo.

El EMDR aborda los tres vértices del triángulo del tiempo: pasado, presente y futuro.

En cuanto al pasado, dice Francine Shapiro que hay Traumas con T mayúscula (violaciones, accidentes, víctimas de delitos, sobrevivientes de guerras, etc.) y traumas con t minúscula (discusiones de pareja, sustos, ansiedades moderadas, etc.).

En el EMDR se busca el Blanco (*target*) que desencadenó el trauma atendido. A veces podemos tratar un trauma o síntoma que, al ser un tentáculo del pulpo, no resolveremos del todo el trauma. Tendremos que ir a la cabeza del pulpo.

A veces, se hace la comparación con una cebolla, estando en la superficie otras capas (síntomas o transtornos secundarios) que no son la causa profunda subyacente del trauma. La cebolla pudiera hacer llorar al consultante en varios momentos, removerle emociones y tener creencias al respecto.

Esta es la razón por la cual un síntoma o el aparente motivo de consulta se convierte en un viaje o proceso hacia las profundidades del consultante, siguiendo los eslabones de la cadena, jalando el hilo para conocer la madeja.

El *Blanco* es lo negro del asunto, el objetivo a tratar. El *target*, dicen los estadounidenses. Es el tesoro del ranchero que tenemos que encontrar, y en el camino encontraremos distracciones y baches secundarios donde no está dicho tesoro.

El Blanco se memoriza con un arcoiris de estímulos desordenados, interviniendo los sentidos (principalmente vista, olfato, oído y tacto), el cuerpo, el inconsciente y sobre todo el aspecto emocional. Esta grabación cerebral desintegrada tiene que reprocesarse para lograr la Integración Cerebral.

Aunque el Blanco original es el más importante, aun así, hay que reprocesar cada capa (blancos secundarios), rastreándolos y trabajando las respectivas creencias negativas, la sensación corporal asociada y la emoción perturbadora que hay ahí, así como establecer la creencia positiva respectiva.

Por ejemplo, un Blanco inicial de traumatismo por miedo a hablar en público, en un adulto, se podría relacionar con las siguientes capas superficiales de la cebolla: tartamudeo, *bullying* de compañeros de escuela, creer que no se tiene capacidad para hablar en público, indiferencia de los padres ante su problema, etcétera; y la capa más profunda o Blanco sería la humillación recibida por el consultante cuando éste tenía 7 años de edad por parte de una maestra escolar.

Mientras no se haya llegado al Blanco original quiere decir que no habrá una solución total, solamente parcial. Claro que para llegar al Blanco pueden pasar una o más sesiones.

Breviario de casos y variantes

A.- Incorporar gestos del consultante que convengan a la destraumatización, por ejemplo, gestos o movimientos con los que él señale sentirse: *ligero, tranquilo, ya pasó, relajado, no pasó a mayores*, etc.

B.- IADC Bilateral

Durante muchos años el Dr. Allan Botkin ha estado tratando pacientes del Veteran's Administration Hospital en

Chicago con una nueva técnica que él ha llamado Comunicación Inducida Después de la Muerte o IADC (abreviatura de Induced After Death Communication en inglés). IADC es un tratamiento que el Dr Botkin ha perfeccionado para ayudar a sus pacientes, mayormente veteranos de la guerra de Vietnam, quienes sufren de PTSD (post-traumatic stress disorder). Esta terapia se basa en inducir un estado de REM (Rapid Eye Movement) manteniéndose la persona despierta. Cuando se alcanza ese estado, los pacientes reportan poder ver y conversar con seres queridos fallecidos o compañeros de armas muertos en combate. Como resultado de esta terapia, con solo una o dos sesiones que duran minutos, los pacientes muestran una clara mejoría y se sienten como si un gran peso hubiera sido quitado de sus hombros. Adicionalmente el temor a la muerte desaparece en pacientes tratados con IADC.

La visión ocurre durante la fase REM (inducida por movimientos oculares). Al mismo tiempo, ayuda a los pacientes a ponerse en contacto con las emociones básicas relacionadas con su dolencia.

La terapia provoca que los pacientes vean a sus seres queridos fallecidos y se comuniquen con ellos y, ocasionalmente, también con sus enemigos ya muertos.

En la terapia IADC se pide a la persona que está sufriendo por la muerte de alguien que durante los movimientos oculares (sin proporcionar ninguna instrucción específica para el paciente) se centre directamente en la tristeza. Según Botkin, muchos pacientes en duelo experimentan tres emociones: culpa, rabia y tristeza. Descubrió que la culpa y la rabia solo servían para proteger al paciente de su profunda tristeza y comenzó a presionar a sus pacientes para ir directamente a su tristeza de fondo, puenteando la culpa y la rabia. Comprobó también que los pacientes respondían mejor cuando, tras una sesión de movimientos oculares, cerraban los ojos. Al centrarse en la tristeza, la culpa y la rabia desaparecían.

C.- EMDR y Taoísmo

La medicina tradicional china y el taoísmo reconocen que los ojos están energéticamente conectados con todo el cuerpo y que dirigen la energía del chi.

Chia y Hilton (2017) afirman que EMDR *rompe el vínculo entre la mente y la memoria, pero la emoción en torno al problema tratado persiste porque permanece en los órganos internos*.

Los cuerpos de energía deben ser transformados y se conectan al suelo para que no vuelvan a la persona.

Las personas que practican *Qi Gong* **eliminan las toxinas** de varias maneras: estornudos, eructos, viento, llanto, sonarse la nariz, la defecación, micción y el vómito. También, si nos centramos mentalmente y conectamos la energía violeta.

Para deshacer los nudos energéticos en nuestros sistemas que se han formado debido a factores contribuyentes no saludables, debemos encontrar esas barreras no saludables y usar los movimientos oculares de una nueva manera para liberarlos. Esto requiere enfocar la mente en el tema problemático, el color y el punto correctos del cuerpo, y luego mover los ojos de manera que se disuelva el bloqueo. Si sus experiencias durante el ejercicio son inesperadas y confusas, eso probablemente significa que lo está haciendo bien.

Mover los ojos de un lado a otro, mirar a la izquierda y a la derecha, puede eliminar la conexión con los recuerdos del pasado. Crea una corriente alterna de electricidad que puede romper la energía del interior.

Mover los ojos en espiral hacia pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales (*positivos*), mientras está conectado a la energía de cada órgano interno sólido, puede ayudarlo a reciclar y transformar la energía emocional conectada a un problema del pasado.

Haciendo **espirales hacia afuera** que se vuelven progresivamente más grandes, sacan a relucir la experiencia y a menudo la intensifica, mientras que la **espiral hacia adentro** en círculos progresivamente más pequeños reúne la energía.

En sentido del reloj-horario significa que mueves tus ojos o tus manos hacia arriba en el lado derecho, y hacia abajo en el

lado izquierdo

En sentido antihorario significa que mueves tus ojos o tus manos hacia arriba en el lado izquierdo, y hacia abajo en el lado derecho.

Mover los ojos en forma de **ocho vertical** te ayuda a conectarte con la energía de la eternidad.

Moverlos en forma de **ocho horizontal** te ayuda a conectarte con la energía del infinito.

Girar los ojos hacia atrás en un círculo ayuda a mover la energía hacia arriba por la parte frontal del cuerpo (el canal funcional) **y hacia abajo** por la parte posterior (en el canal o vaso gobernador) para ayudar a mantener la calma.

Moverlos hacia abajo por el frente y hacia arriba por la parte de atrás ayuda a estimular el flujo de energía en la otra dirección, lo que lo ayudará a energizarse y aumentar su concentración.

La **postura adecuada** para practicar el taoísmo con EMDR, estando conectado con la tierra y su energía, es la siguiente:

1. Siéntate en el borde de una silla con los pies en el suelo. *Así no perderá energía a través de los pies*; Se puede extraer energía de la tierra y una parte más pequeña del cuerpo será aislado de energía de la tierra.

2. Se da la mano sin apretarlas, o se entrelazan, colocándolas en su abdomen. *Así no perderá energía a través de las manos*.

Como alternativa, puede ser recomendable sostener una piedra de **puesta a tierra** (como obsidiana negra) en la mano receptora (la opuesta a la mano que escribe) para ayudarlo a mantener la calma en el proceso y mantener su nivel de energía lo suficientemente alto como para completar el proceso.

3. Tomar la punta de la lengua en el paladar, en la zona detrás de las encías y mantener la boca cerrada. *Así, se unen las*

energías de las dos mitades de la mandíbula y dos canales energéticos o vasos (gobernador y concepción). Actualmente se sabe que estimulando el paladar posterior contribuye a estimular el *nervio vago ventral o social*.

4.- **Sonreír genuinamente** (levantando las comisuras de la boca y de los ojos) es una antigua práctica taoísta de Chi Kung —que por cierto no conocían la Teoría Polivagal— que enseña a las personas cómo restaurar adecuadamente la paz en su interior y atrae energía positiva a los órganos internos y las glándulas en las que se está trabajando.

Entonces, hay que sonreír genuinamente, respirar por la nariz, emitir un sonido curativo y centrarse en el color correspondiente para cada órgano interno y visualizarlo internamente hasta que el color se convierte en torno a él claro y brillante. Cuando se visualiza oscuro y nublado, es porque el órgano sigue creando emociones tóxicas. Esto se logra *creando la frecuencia correcta de energía Chi en el cuerpo en cuestión —con los elementos ya señalados— con el fin de equilibrar y sanar.*

El color **rojo** es para centrarse en el corazón y el amor, dejando el odio. Visualizando el bazo **amarillo** ayuda al cuerpo a regular la energía, dejando preocupaciones. El **blanco** es el color cuando uno se concentra en su respiración y los pulmones, es para dejar tristezas y pérdidas. Ver el color **azul oscuro** cuando usted se centra en los riñones va a desintoxicarse de miedos y traumas, para obtener paz, perdón y energía a ellos. El hígado tiene que visualizarlo con un color **verde** para disminuir odio, ira y vergüenza.

Por último, el Taoísmo, junto con movimientos oculares, actuará en las 3 Mentes: Centro de la Felicidad (Tercer Ojo). Centro de Paz (Corazón). Y Centro de Equilibrio (Hara)

D.- EMDR+

Hanisch, Willimzig y LaCroix (2020) desarrollaron dos métodos electro-energéticos, neurológicamente plausibles, llamados emotionSync® y EMDR+, cuyo objetivo en común es

eliminar los enlaces neuronales negativos. Un trauma se almacena eléctricamente en el cerebro con un correspondiente potencial energético. Para que el traumatismo pueda resolverse, hay que suministrar una mayor energía. Eso se logra mediante la estimulación neuronal a través de nuestros sentidos.

Los métodos son excelentes para tratar el TEPT. Pero también para todos los casos en los que existe un fuerte acoplamiento de estímulo-respuesta negativa que resulta estresante. De esta forma, se trata de un método inverso al del condicionamiento clásico, que fue probado por Ivan Pavlov. EMDR+ y emotionSync provocan un descondicionamiento, un desaprendizaje del condicionamiento. Se puede establecer un vínculo neuronal de larga duración por un solo evento experimentado como traumático (condicionamiento por un evento único). Muchas enfermedades y problemas psicológicos se basan en este principio. La amígdala conecta directamente.

Otro componente básico en común de ambos métodos es también conocido por la ingeniería eléctrica. Se conoce como método de aumento de energía con sobreexcitación. Es decir, se aumenta la energía hasta que se produce un "cortocircuito" neurológico, hace "bang" y la energía negativa baja a 0.

El emotionSync usa: relationSync (rapport); descriptionSync (describir los métodos cuidadosamente); energySync ( ); distractSync (después de la intervención con un método específico de emotionSync debe sacarlo abruptamente de sus pensamientos y llevarlo a pensamientos completamente diferentes, por ejemplo, distraerlo con preguntas sin sentido); testSync (usar escalas subjetivas); moveSync (usar giros sanadores con las manos); ÖkoSync (compatibilidad con el medio ambiente); realityCheck (Cómo se ve en la realidad).

También, usa **eyeSync (Sincronización de ojos),** el cual trabaja con los movimientos oculares en forma de ochos horizontales. En la kinesiología educativa se supone que a través del ocho horizontal en los movimientos corporales se activan y sincronizan ambas mitades del cerebro. Como resultado, esto lleva a la relajación de los ojos y al fomento de la visión, la escritura, la lectura y la comprensión de los símbolos. El ocho acostado (como movimiento de los ojos o de los brazos, incluso dibujándolo) se utiliza en la terapia de la legastenia o la lectura y

escritura disléxica y también en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

eyeSync extiende los conceptos de otras terapias con movimientos oculares incorporando la dinámica del sueño REM de los movimientos rápidos del ojo. La energía para lograr el cortocircuito neuronal y la resolución del trauma se logra por medio de la aceleración. Entonces, los movimientos oculares lentos fortalecen las emociones negativas, *los movimientos oculares rápidos las desaparecen*.

Con eyeSync, se pone al paciente en un estado en el que se encuentra psicológicamente, podría decirse virtualmente, en una situación de estrés. El terapeuta se para frente a él, mantiene un dedo frente a sus ojos (generalmente el dedo índice) y le indica que siga este dedo con los ojos. El terapeuta describe con el dedo un ocho acostado frente a los ojos del cliente. El radio puede ser inicialmente grande, dependiendo de la longitud del brazo del terapeuta. El terapeuta se asegura de que el paciente realmente siga el dedo. Si éste deja de hacerlo, le instruye inmediatamente "Siga mi dedo, siga siempre mi dedo". De forma intermitente, el terapeuta puede entrelazar otros movimientos de los brazos y así iniciar otros movimientos de los ojos, por ejemplo, horizontales, verticales u oblicuos. Pero el movimiento básico es el ocho horizontal.

El terapeuta puede reforzar el trabajo estimulando también el canal auditivo, por ejemplo, a través del lenguaje hipnótico o por repetición sucesiva de palabras clave del conflicto del cliente o de un sonido.

Después de algunas repeticiones de los ocho, el terapeuta aumenta la velocidad. El ocho puede hacerse más pequeño. Lo principal es que la velocidad sea mayor. Aquí se debe tener mucho cuidado y asegurarse que el paciente continúa siguiendo los movimientos con sus ojos. Cuando se alcanza el máximo, el terapeuta detiene el proceso de forma abrupta y asusta al paciente —en ese momento éste se encuentra generalmente en un estado casi de trance— con un impulso de energía, por ejemplo, con un rápido golpe en la frente, similar a un pequeño susto. Esto crea un contra-impulso significativamente mayor al

trauma.

La intervención termina con una imagen positiva virtual que sustituye a los anteriores pensamientos negativos. Por ejemplo, si el paciente tenía fobia a las arañas, el terapeuta puede decir con voz calmada (como hipnótica) "*Y ahora imagina que estás parado frente a la araña y la miras sin sentir ningún miedo, con calma y sabes que no te hará nada . . .* "

El anclaje de la cognición positiva después de la intervención se la incorpora en el cerebro mediante una estimulación lenta. Se comprueba si la cognición también es ecológica para el cliente y si hay alguna objeción. Estas deben ser disueltas primero.

En el test del cuerpo se coloca al cliente de nuevo en la situación estresante. Ahora se observa si aún hay alguna reacción corporal o física negativa. Si es así, se estimulan con EMDR hasta que se liberan.

Em la conclusión y la reflexión se señalan otros impactos y temas de procesamiento. Pueden aparecer dolores de cabeza e incluso puede haber un empeoramiento temporal de los síntomas antes de que se produzca la mejoría. Se le señalan al cliente las posibles reacciones y se le mencionan posibilidades para tratarlas. Los temas no resueltos se cargan en un lugar seguro para su posterior procesamiento. El cliente debe ser dado de alta en las mejores condiciones posibles.

El Dr. Christian Hanisch es director de la European Business-Ecademy y del Emotion Science Institut. Ha sido galardonado con el World Certificate for Psychotherapy (WCPC). En su tesis doctoral, el Dr. Hanisch examinó de forma ejemplar todos los métodos de emotionSync® en cuanto a su eficacia con grandes grupos de pacientes. Se usó la prueba t de Student para los resultados estadísticos.

E.- EMDR creativo

Las autoras Peggy Kolodny y Salicia Mazero exploran su enfoque para integrar la terapia del arte, EMDR y la terapia de **Sistemas Familiares Internos (IFS)**. Las seis F del modelo IFS (Schwartz, 1995) se aplican a las intervenciones artísticas que

encajan en las fases del tratamiento EMDR. Las intervenciones artísticas bilaterales se presentan como alternativas al tapping/movimientos oculares en EMDR, así como intervenciones para crear partes de uno mismo utilizando esculturas en arcilla, mapeo corporal, garabatos bilaterales y collage.

Las autoras Hannah Rothschild, Barbara Collins e Isabel Beland presentan *Three-Dimensional Parts of Self Tool (3-D PoST),* una intervención de arteterapia que utiliza **esculturas de arcilla** que ayuda a los clientes a identificar y trabajar con la vida diaria y las partes emocionales de uno mismo. Los autores alinean su herramienta con la Lista de verificación de preparación para la Fase 4 en TEPT complejo de Martin (2016) para mejorar la aplicación de 3-D PoST en la Fase Dos del tratamiento EMDR. Se discutirán los impactos negativos, físicos y emocionales del trauma complejo, así como la teoría de la disociación estructural (van der Hart et al., 2006),

La Dra. Jamie Marich comparte su pasión por combinar el movimiento consciente con la terapia EMDR. Marich proporciona contexto sobre cómo su trabajo con **Danza de atención plena** fue informada por su experiencia como terapeuta innovadora de EMDR. Ofrece estrategias para integrar el movimiento creativo en la terapia EMDR desde las Fases dos a siete, y para trabajar con la abreacción u otros escenarios especiales en el reprocesamiento.

Annie Monaco presenta ***Future Self***, una adaptación creativa de la intervención Future Movies del Dr. Greenwald (2015). Future Self es un desarrollo de recursos y una intervención de instalación (RDI) diseñada para proporcionar un formato creativo para que **adolescentes y adultos** generen esperanza, una visión y un plan paso a paso para lograr su futuro. Integra varias artes creativas y oportunidades somáticas para que el cliente profundice una **sensación sentida de su yo futuro** como un recurso en la Fase Dos de la terapia EMDR. Principalmente para clientes con historias de trauma complejo en el establecimiento de objetivos orientados al futuro.

Irene Rodríguez y Jamie Marich enfatizan el poder de

proceso en el viaje de sanación utilizando la terapia de **artes expresivas** como un enfoque multimodal. Ofrece recursos y aplicaciones para los terapeutas de EMDR que buscan trabajar con traumas complejos y disociaciones de una manera más expresiva y corporal, incluso a través de la danza/movimiento, las artes visuales, la escritura, el teatro y la música. También se presentan enfoques culturalmente adaptables, especialmente con poblaciones de habla hispana.

Tally Tripp describe un enfoque único para incorporar la terapia del arte, EMDR y la psicoterapia **sensoriomotora** mediante el uso de dibujos bilaterales para facilitar la terapia basada en el cerebro. En ese capítulo conecta la literatura de la neurociencia subyacente a la terapia EMDR con la práctica de la arteterapia y su aplicación dentro del continuo de terapias expresivas (ETC), una herramienta ampliamente aceptada y utilizada por los terapeutas de artes creativas (Hinz, 2019). El enfoque ayudará a los terapeutas a apoyar a sus clientes en el manejo, acceso y reprocesamiento de recuerdos perturbadores utilizando la cognición, la emoción y el cuerpo.

Jocelyn Fitzgerald presenta un modelo de trabajo en grupo con refugiados y jóvenes desplazados. Ella describe técnicas efectivas para integrar EMDR y **arteterapia** cuando trabaja con adolescentes que experimentaron inmigración y desplazamiento, utilizando sus grupos de arteterapia de los Estados Unidos y Etiopía como ejemplos de casos ilustrativos. Las intervenciones basadas en la comunidad y enfocadas en el trauma presentadas enfatizan los materiales y métodos artísticos apropiados para el desarrollo y la cultura con un enfoque colectivo y basado en la fuerza.

Erin Bastow ilumina varios métodos para integrar de manera efectiva las técnicas **de escritura creativa** en las fases de la terapia EMDR. Se explora una descripción general de la investigación y la práctica que demuestra los beneficios de la escritura terapéutica, y se argumenta cómo la escritura creativa puede mejorar la eficacia de EMDR para superar puntos de estancamiento comunes. Bastow enfatiza cómo la escritura puede beneficiar a los clientes que se “atascan” con el protocolo estándar, incluidos los clientes que tienen dificultades con la visualización o tienen antecedentes de disociación y/o trauma complejo. Este capítulo brinda al lector pautas prácticas para

implementar ejercicios de escritura terapéutica dentro del protocolo estándar, que incluyen poesía prescrita, personificación, escritura de cartas, guion de diálogo y escritura expresiva general. También incluye la primera publicación de *Las tres letras*, intervención de escritura, que se desarrolló para ayudar a los clientes con trauma de apego, trauma interpersonal y/o duelo complicado.

F.- Algunos casos del autor

En un caso, abordé a un preso que atravesaba una crisis ansiosa-agresiva por impotencia de no poder defenderse ante insultos recibidos durante varias semanas. Sin entrar en mayor descripción que no viene a colación, e abocaré a señalar que entre varias técnicas que utilicé hubo una en la que con mis manos creé sonido bilateral en una mesa, mientras el paciente estaba con los ojos cerrados concentrado en los aspectos del blanco a trabajar (imágenes, sensaciones corporales y creencia negativa). Más adelante, para que descargara la ira contenida lo instruí a que golpeara un cojín, con la particularidad de que lo hiciera de manera alternada con sus manos, para que este ritmo fuera congruente con la bilateralidad, así que aquí tenemos algo de Gestalt con algo de EMDR. Luego hubo resignificación y golpes alternados y lentos que estimularon bilateralmente una creencia (cognición) positiva.

En otro caso, en una de varias sesiones, una niña traumatizada fue estimulada bilateralmente por dos familiares presentes (uno haciendo tapping en las rodillas y otro aplicando tapping en los hombros de la niña), al mismo tiempo que de fondo se escuchaba música EMDR.

Finalmente, comentar que en mi experiencia me he dado cuenta que es más útil combinar dos, tres o hasta más tipos de estimulaciones bilaterales simultáneas para lograr la integración cerebral, con o sin otras técnicas (Gimnasia Cerebral, EFT, TFT, PNL, etc.). Ejemplos:

a). - Música de estimulación bilateral (EMDR, Wingwave, David Grand, etc.) + Autoestimulación bilateral del paciente en sus rodillas + Estimulación bilateral realizada por el terapeuta

con sus dedos para que el paciente los siga con sus ojos.

b). - Autoestimulación bilateral del paciente con el abrazo mariposa + Estimulación bilateral realizada con las manos por el terapeuta (o alguien más) en las rodillas del paciente.

c). - Música de estimulación bilateral (EMDR, Wingwave, David Grand, etc.) + Autoestimulación bilateral del paciente en sus rodillas + Estimulación bilateral realizada por el terapeuta con sus dedos en una mesa o en el piso.

d). - Autoestimulación bilateral del paciente en sus rodillas + Estimulación bilateral realizada por el terapeuta (o alguien más) en los hombros del paciente.

e). - Música de estimulación bilateral (EMDR, Wingwave, David Grand, etc.) + Autoestimulación bilateral del paciente en sus rodillas + Autoestimulación bilateral del paciente observando una pared, donde realiza miradas en direcciones horizontales, verticales y diagonales a lo largo y ancho.

f). - Manipulación de submodalidades (PNL) + Estimulación bilateral realizada por el terapeuta con sus dedos en una mesa o en el piso.

g). - Manipulación de submodalidades (PNL) + Estimulación bilateral realizada por el terapeuta (o alguien más) en las palmas de las manos del paciente.

h). - Estimulación bilateral realizada por el terapeuta (o alguien más) en las palmas de las manos del paciente + Música de estimulación bilateral (EMDR, Wingwave, David Grand, etc.).

i). - Estimulación bilateral realizada con *tapping* en puntos energéticos en ambos lados del cuerpo (por ejemplo, al lado de los ojos, debajo de los ojos, lados de la mandíbula, pectorales, plantas de los pies, debajo de las axilas, puntos 4IG, entre otros).

j). -Mientras el consultante se concentra en mirar periféricamente (de “reojo”) hacia un lado, aplicarle o que se aplique estimulaciones bilaterales en rodillas o en abrazo mariposa. Repetir esto y que el consultante esté mirando en una dirección opuesta a la vez anterior (si antes miró a la izquierda,

ahora será hacia la derecha, si miró hacia arriba entonces ahora hacia abajo).

k). - Y múltiples combinaciones con estos u otros elementos.

G.- Combinar EMDR con EFT.

De esta mezcla surgió WHEE, creada por Daniel Benor (2010), y de la que hablaremos más a fondo en el siguiente volumen de mi autoría (Vol. 2: Movimientos Energéticos).

H.- 'Lavado de Parabrisas'.

También llamado aleteo en el Coaching Wingwave, es la manera en que estimulan bilateralmente los movimientos oculares de los consultantes para desensibilizarlos de un trauma o estado de malestar. Se le pide al consultante que siga con sus ojos —sin mover la cabeza— la ruta de los dedos del terapeuta, que suele recorrer el espacio a una altura ligeramente superior del nivel de sus ojos, en forma horizontal o curva.

Para trabajar el manejo de un evento traumático que le causa tristeza (torturas recibidas de las que prefiere no contar detalles), elige hacerlo sentado como piloto en un coche imaginario.

Imagina un limpiaparabrisas azul en el coche, le agrega una persona copiloto que le da seguridad y confianza.

Aparte del coche, visualiza los movimientos de mis dedos como si fuera otro limpiaparabrisas frente a su cara.

Califica intensidad de la tristeza y dónde la siente (califica 8 y siente la tristeza en el pecho).

Coloca imágenes tristes en el parabrisas, y con el limpiaparabrisas las va borrando, transformándolas en blanco y negro, pequeñas y lejanas, dejándolas a varios kilómetros.

El nivel de tristeza bajó a cero, sintió un vacío allí y lo llenó con personas queridas y detalles.

Se instala su nueva creencia con postura anclaje de Cook y luego con el mudra hakini.

i.- Abrazo mariposa

Está un paciente aplicándose el abrazo mariposa (manos cruzadas en el pecho y haciendo tapping alternado en las clavículas y/o los hombros), mientras que yo como terapeuta sincronizo su tapping golpeteando la mesa del escritorio con los dedos de mis manos. Esta sincronización parece acelerar la desensibilización y el reprocesamiento de lo trabajado en ese momento (fuertes conflictos con su pareja).

Referencias

Chia, Mantak; and Hilton, Doug (2017). “EMDR and the Universal Healing Tao”. Canada: Destiny Books

Besser-Siegmund, Cora y Siegmund, Harry (2011). “Coaching Wingwave”. 2ª. Edición. España: Rigden institut gestalt

Cuijpers et al. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther. 2020 May;49(3):165-180. doi: 10.1080/16506073.2019.1703801. Epub 2020 Feb 11. Doi: 10.1080/16506073.2019.1703801

Davis, E., et al. edited by (2023). EMDR and Creative Arts Therapies. Ed. Routledge: Nueva York. Recuperado de Kindle

Hanisch, Christian; Willimzig, Claudia; y LaCroix, Jacques (2020). “Emotionsync (R) y EMDR+: La revolución en el coaching y la psicoterapia”. Editorial Bookas on Demand. Recuperado de kindle

Martínez Bernal, Juan Carlos. Técnicas Energéticas y de Integración Cerebral. Segunda edición. México, enero de 2020. Publicación independiente recuperada de kindle.

Mavranezouli, et al. (2020). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. Más uno,15(4), Artículo e0232245. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245

Novo Navarro P, et al. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2018;11:101–114.

Doi: https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002

Shapiro, Francine (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Volume 20, Issue 3, September 1989, Pages 211-217

Shapiro, Francine (2004). “EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing = Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimiento Ocular”. México: Ed. Pax

16.- LAS CLAVES EN EMI Y IEMT

1.- ¿Quién es la creadora de la Terapia EMI?

Danie Beaulieu es Doctora en Psicología, terapeuta y entrenadora, con formación en PNL y otras técnicas, destacada exponente de la Terapia de Impacto, y creadora de la **Terapia de Integración del Movimiento Ocular (Eye Movement Integration Therapy, EMI).** Aunque es importante precisar que ella se basó en el EMI (Eye Movement Integration) de Steve y Connirae Andreas, desarrollado años antes.

2.- Antecedentes del EMI en PNL

Robert Dilts se centró en los movimientos de los ojos como un comportamiento a observar y modelar, y dedicó un esfuerzo sustancial a decodificar el significado de los movimientos oculares como señales de acceso. Dilts reconoció que la mente podría diferenciar entre no sólo el sensorial / cognitivo en el que se dispone de información, sino también si la Información está disponible como parte de la memoria (grabada) o la imaginación (construida). Durante el seguimiento de movimientos oculares y electroencefalograma con electrodos, Dilts preguntó a cada uno de los sujetos un conjunto de

preguntas diseñadas para obtener información visual, auditiva, cinestésica o visual, ya sea de una memoria o de una construcción mental. De sus grabaciones y observaciones posteriores, Dilts fue capaz de reconocer un patrón prevalente de movimientos asociados a diferentes tipos de procesamiento (Bandler y Grinder, 1979; Dilts, Grinder, Bandler y DeLozier, 1980).

Una mayor experiencia con el movimiento de los ojos para acceder a las señales reveló una recíproca relación entre el acceso a las señales y los modos de procesamiento: los movimientos cuyo modo sensorial es dominante durante un proceso de pensamiento, pero también modos de procesamiento pueden cambiarse cambiando los movimientos de los ojos. Si la mirada de una persona es guiada en la dirección de una señal de acceso diferente de la que usarían inconscientemente, el modo sensorial en el que piensan acerca de una tarea cognitiva determinada puede ser alterado. ***Connirae y Steve Andreas*** describieron estos métodos en detalle en su libro *Heart of the Mind* (Andreas y Andreas, 1989).

La experiencia de los Andreas con este método los llevó a desarrollar una terapia distinta, Integración del Movimiento Ocular (Eye Movement Integration) que empezaron a impartir en 1989. El proceso básico del tratamiento requiere que el cliente tenga en su mente una representación del problema que desea dirigir y seguir simultáneamente un blanco móvil con sus ojos. Como el terapeuta guía los ojos del cliente en diferentes regiones del campo visual, con diferentes recursos mentales, lo que permite la formación de vínculos entre modos de procesamiento de la información anteriormente separados. Las características de procesamiento de los modos habituales de pensamiento del cliente se modifican, permitiendo el ajuste de su percepción del problema y sus soluciones. Una vez más, el papel del terapeuta se limita a facilitar y seguir este proceso interno; no analiza, aconseja u otras maneras de intentar controlar o influir en las asociaciones y conexiones que el cliente entre el problema mismo y la mejora de la información".

3.- Cómo nació el EMI de Beaulieu

En 1993, Danie Beaulieu escuchó una conferencia de Steve Andreas en Canadá sobre el EMI. Quedó impresionada y a partir de ahí empezó a aplicar la técnica y a refinarla.

Comenta Beaulieu: “Usé algunos de mis programas de PNL e Impacto, el entrenamiento de la terapia para "anclar" el estado positivo final del cliente, de modo que los efectos del tratamiento perdurarían. La adición de todos estos componentes al protocolo EMI establecido mejoró sustancialmente mi eficacia clínica y me sentí más cómoda al usarla incluso con mis casos más difíciles. En retrospectiva, aproximadamente la mitad de los cambios al Protocolo eran una codificación y estandarización de lo que Steve (Andreas) hace por intuición y experiencia. La otra mitad de las modificaciones se derivan de mi propia experiencia y el fondo. La combinación proporciona a los lectores una poderosa, flexible, y dinámica Terapia que se puede ofrecer con seguridad a una amplia variedad de clientes, incluso aquellos con profundos experiencias traumáticas complejas y no resueltas.

4.- EMI de Beaulieu tiene tres etapas principales

A.-Identificación de recuerdos traumáticos. Durante la evaluación del cliente, se determina la historia del trauma y cualquier vinculación aparente con las reclamaciones presentadas evaluadas. La representación interna del paciente del trauma se explora en términos de las modalidades sensoriales en la que fue representada, y cualquier afecto asociado o contenido cognitivo. Además de conocer o establecer los recursos positivos con los que cuenta el cliente para recurrir en dado momento a ellos si en algún momento complicado se requieren.

B.-Protocolo de integración del movimiento de los ojos. Los patrones de movimiento ocular cubren toda la gama de visión del cliente, y están estructuradas para facilitar las conexiones entre diferentes dominios de las representaciones internas del cliente. Los patrones de los movimientos oculares conducen al participante a direccionar los ojos en vertical, horizontal, diagonal y en espiral. Un período de 10 a 30 segundos suele ser adecuado para facilitar el acceso a material nuevo o para determinar que no se está produciendo ninguna nueva información con ese patrón en particular. Entre cada

patrón, el facilitador hace una pregunta abierta como: "¿Qué hay ahora?" Para animar al cliente a auto-evaluar la información que surge y cómo las modalidades de las representaciones internas de que la memoria traumática está cambiando. La pausa es deliberadamente corta, para animar al cliente a permanecer conectado al material que está integrando, y se inicia el siguiente movimiento ocular, hasta completar todos los 8 patrones (del 'A' hasta el 'H'), a fin de asegurar el acceso a todos los recursos internos.

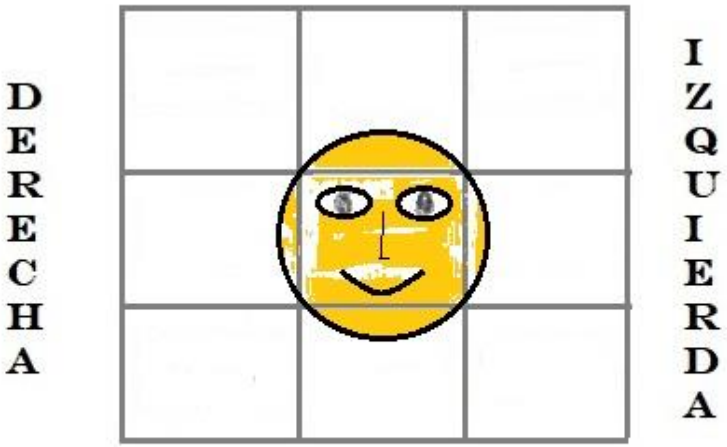
C.-Anclaje del nuevo estado. A medida que se integra nueva información en la red de memoria del trauma, disminuye el nivel de angustia inducido por la memoria traumática. Cuando el participante alcance una meseta, o la sesión se termina, esta nueva percepción del trauma se consolida o ancla por la repetición de varios movimientos oculares con la representación interna modificada mantenida en la conciencia.

5.-El campo visual en EMI y los segmentos

El campo visual en EMI está basado en la perspectiva del consultante, no del terapeuta. Así, cuando se hable de *la izquierda* se referirá la posición hacia la izquierda del consultante.

9 CUADRANTES EN CAMPO VISUAL EN EMI

El campo visual en esta terapia se divide en 9 cuadrantes o zonas que están en el área visual frente al consultante: 3 cuadrantes superiores, 3 cuadrantes en zona media y 3 cuadrantes inferiores. O sea: 3 cuadrantes a la izquierda (superior, central e inferior), 3 centrales (superior, medio e inferior) y 3 cuadrantes hacia la derecha (superior, central e inferior).



PERSPECTIVA DEL CONSULTANTE EN CUADRANTES EMI

Por ***segmento***, en el EMI se entiende que es la parte de una recta limitada por dos puntos imaginarios en un campo visual, sea la totalidad del campo o un cuadrante imaginario en este. Los segmentos aquí descritos pueden ser rectas horizontales, verticales o diagonales. A excepción de los patrones espirales en G y H.

Por ejemplo, cuando se hace referencia al **segmento A1** hay que buscarlo en los cuadrantes superiores de la imagen del

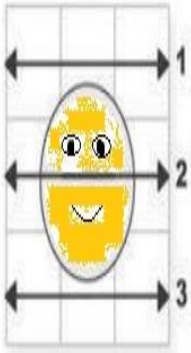
Patrón A, donde el segmento A1 está representado por la recta limitada por doble flecha y marcada con el número 1. La doble fecha indica que los movimientos oculares tienen que realizarse en ambas direcciones: hacia la izquierda y hacia la derecha

El **segmento E4** hay que buscarlo en la recta diagonal de los cuadrantes inferiores de la imagen del Patrón E. Es una flecha de doble dirección marcada con el número 4 que cruza la recta E3 para formar una X en la mitad inferior del campo visual del consultante.

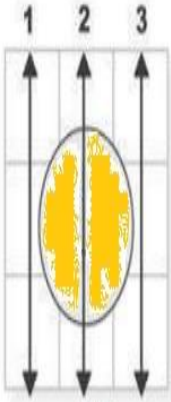
6.- Los patrones de movimientos oculares en los segmentos

La guía de movimientos oculares está destinada a proporcionar nuevas pautas de pistas de acceso y facilitar el acceso a la información ya almacenada en la mente del cliente en todas las dimensiones multisensoriales pertinentes. Los movimientos en consecuencia abarcan toda la gama del campo visual, con cada patrón dando énfasis a la vinculación entre dos o más regiones diferentes. De esta manera la formación de nuevos vínculos entre los diferentes tipos de sensoriales, cognitivos, o afectivos de información también se ven facilitadas.

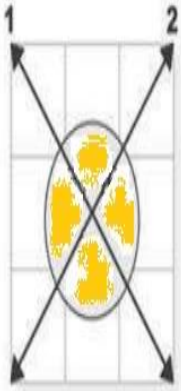
En EMI, los patrones de movimientos en segmentos de los cuadrantes del campo visual del consultante son 8, identificados por letras de la A a la H:



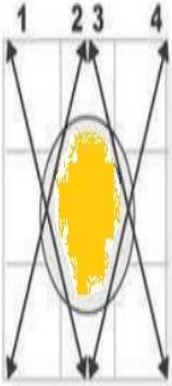
A



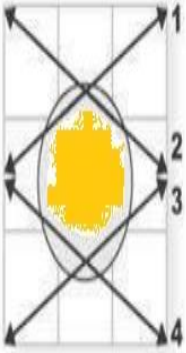
B



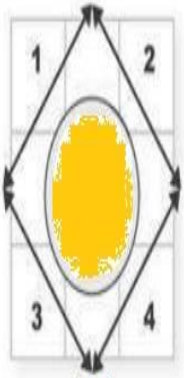
C



D



E



F

Patrón A: segmentos A1, A2 y A3 que están en posición ***horizontal***, con un A1 en el borde superior del rango visual, A2 al nivel de los ojos del cliente, y A3 en el borde inferior del campo visual.

Patrón B: segmentos B1, B2 y B3 son todos ***verticales***, con B1 en el borde izquierdo del rango visual del terapeuta, B2 orientados hacia el centro del cuerpo y la cara del cliente, y B3 en el borde derecho del campo visual del terapeuta.

Patrón C: los segmentos C1 y C2 para describir un "**X**" desde las esquinas extremas del campo visual. Cada línea diagonal se utiliza como un segmento separado. Sin embargo, si solamente uno de los segmentos de diagonal se utiliza, entonces el siguiente segmento debería tenerse como alternativa.

Patrón D: D1, D2, D3 y D4 se describen dos patrones "**X**"s, uno al lado del otro, uno en cada mitad del campo visual, moviéndose entre los extremos de las fronteras. De nuevo, la pareja de diagonales debe realizarse de forma consecutiva. Una vez que una "X" se inicia, el segmento (diagonal) deberá completarlo antes de pasar a otro segmento. Sin embargo, el par D3/D4 no necesita realizarse inmediatamente después del par D1/D2.

Patrón E: E1, E2, E3 y E4 describen dos patrones "**X**"s, uno encima del otro. E1 y E2 se realiza en la mitad superior del campo visual, moviéndose a cada extremo del campo visual. Las diagonales E3 y E4 se realizan en la mitad inferior del campo visual. Deben ser realizadas como se describe para el patrón D.

Patrón F: F1, F2, F3 y F4 forman un gran ***diamante o rombo***, que se mueve entre la parte superior, inferior y el otro lado del campo visual. Cada segmento se puede realizar por separado o, si el cliente desea, los cuatro segmentos se pueden realizar juntos como un solo patrón romboidal. Este patrón está reservado para su uso hacia el final de la integración.

Patrón G: patrón único de este segmento que sigue una espiral ***en sentido contrario a las agujas del reloj*** desde la periferia del campo visual hacia el centro (movimiento centrípeto), en círculos cada vez más pequeños y, a continuación, espirales de nuevo, pero de adentro hacia el exterior (movimientos centrífugos), repitiendo como sea necesario. Este segmento siempre debe terminar con una espiral hacia adentro, terminando en el centro del campo visual. Este patrón está reservado para uso hacia el final de la integración.

Patrón H: Este patrón único del segmento se realiza como patrón en G, pero forma un patrón de espiral ***en el sentido de las agujas del reloj***, de afuera hacia adentro (movimiento centrípeto). Este patrón está reservado para uso hacia el final de la integración.

La secuencia en la que los movimientos son presentados no representa una secuencia rígida para su uso en la terapia, sino más bien un inventario de útiles segmentos del espectro.

Las modificaciones en el orden en el cual los segmentos son utilizados deben ser guiados por la respuesta del cliente a la información anterior que contactó durante los movimientos oculares, pero cada segmento debe ser utilizado al menos una vez durante el trabajo de un recuerdo particular, y asegúrese de que el acceso a los recursos internos existentes ha sido intentado. Generalmente, nuevo material saldrá con cada nuevo segmento. Si no emerge nuevo material con el segmento particular, puede ser debido a que el material que se puede encontrar allí ya ha sido integrado por otros medios. No es necesario completar cada patrón antes de la elección de un nuevo tipo de segmento para el siguiente conjunto de los movimientos del ojo. Por ejemplo, si la terapeuta considera que las regiones bajas del campo visual se asocian con más información estresante, y desea evitarlos durante los primeros movimientos, ella puede comenzar con el segmento A1, seguido por el E1 y E2.

Los patrones que forman una "X" debe ser considerado como conjuntos de segmentos que se llevan a cabo en tándem, sin embargo, E1 y E2 debe hacerse de forma consecutiva, antes de pasar a otro segmento. Asimismo, para C1 y C2, D1 y D2 y D3 y D4. La finalización de los segmentos que forman "X"s como conjuntos parece que ayudan a la integración, tal vez simplemente porque la "X" está prevista por el cliente una vez que se inicia un patrón diagonal, la repetición de toda la serie de patrones -no incluyendo patrones F, G y H-a veces con tres o cuatro repeticiones pueden ser necesarios antes de lograr una adecuada resolución de problemas durante una sesión de terapia. Los patrones F, G y H introducen varios cuadrantes del campo visual y por lo tanto tienden a abarcar grandes cantidades de material. Por consiguiente, estos patrones no son utilizados en las primeras etapas de la integración, pero están reservados para uso tardío en el proceso cuando el material consultado en cada cuadrante visual ha sido sustancialmente integrado.

El terapeuta comienza cada segmento moviendo su mano a la velocidad que el cliente pidió y le permita seguir el movimiento con facilidad. A medida que el proceso continúa, el terapeuta debe acelerar o desacelerar según las peticiones del paciente. La frecuente verificación de la comodidad del cliente durante los movimientos del ojo asegurará la facilidad del cliente y su sentido de control sobre el proceso. El terapeuta debe evitar hacer los mismos movimientos de ojo que el cliente, ya que tienden a inducir mareos. También, por supuesto, la atención del terapeuta debe estar en el cliente y sus respuestas, asegurándose siempre que los ojos del cliente están, en efecto, dando seguimiento de los movimientos.

7.- Diferencias entre EMDR y EMI de Beaulieu

Entre las distinciones con EMDR, EMI utiliza muchos patrones de movimiento ocular en diferentes direcciones, mientras EMDR normalmente mantiene el mismo patrón (o segmento) hasta que no se produce más cambio observado en las respuestas del cliente; sólo entonces el terapeuta usa un segmento en otra dirección. En EMI, los movimientos siguen la velocidad que el cliente elige, mientras que en EMDR se hacen lo más rápido posible dentro de la gama de confort del cliente. Ahí hay también algunas diferencias durante el protocolo y entre los segmentos, como el enfocarse en la reestructuración cognitiva consciente en EMDR, mientras que EMI facilita la integración multisensorial para lograr un efecto similar.

EMI y EMDR comparten ciertas similitudes en el uso de la exposición imaginal valorada, los movimientos oculares y la atención a las manifestaciones multisensoriales de angustia. Sin embargo, la naturaleza de los movimientos oculares es muy distinta en cada caso; EMDR utiliza movimientos sacádicos laterales similares al movimiento ocular rápido (REM), mientras que en EMI se utilizan movimientos oculares de búsqueda suave (SPEM) en múltiples direcciones y patrones (Beaulieu, 2022).

EMI no genera signos de angustia, sino que parece liberar lo físico, manifestaciones de la memoria traumática y permitir que el cuerpo "hable". Los psicoterapeutas no están acostumbrados a presenciar la molestia corporal de sus clientes, pero es crucial que el terapeuta aprenda a manejarlo. Sin

conocer algunas estrategias para tratamiento de las respuestas físicas, el terapeuta corre el riesgo de frenar el proceso o Interrumpirlo y, en el peor de los casos, se arriesgan a dejar que la experiencia retraumatice al cliente.

8.- Protocolo de integración del movimiento ocular de Beaulieu.

Los patrones de movimiento de los ojos cubren todo el rango de visión del cliente y están estructurados para facilitar las conexiones entre diferentes dominios de las representaciones internas del cliente. Estas figuras guían al participante en repetidos movimientos oculares verticales, horizontales, diagonales y circulares. Un período de 10 a 30 segundos suele ser adecuado para facilitar el acceso a nuevo material, o para determinar que no está surgiendo nueva información con esa figura en particular.

Entre cada patrón, el terapeuta hace una pregunta abierta como "¿Qué hay ahora?" incentivar al cliente a autoevaluar lo que está viviendo, cualquier nueva información que surja y cómo están cambiando las modalidades de la representación interna de la memoria traumática. La pausa es deliberadamente corta, para alentar al cliente a permanecer conectado con el material que está integrando, y se inicia el siguiente movimiento ocular. Todos los patrones se siguen hasta el final, para asegurar el acceso a todos los recursos internos (Beaulieu, 2022).

9.- ¿En qué se diferencia EMI de otras terapias?

A.- En el uso de movimientos oculares en espiral, en la parte final de la sesión, para la integración de lo trabajado.

B.- En que no se usan estimulaciones bilaterales ni tapping.

C.- En que se sugiere enriquecer el EMI con recursos de la Terapia de Impacto y de PNL, tal como lo hace Danie Beaulieu.

D.- En que los movimientos oculares de los patrones de EMI hacen un *barrido visual* para estimular los diferentes

sentidos y variantes sensoriales.

E.- En EMI, la aplicación de la presuposición de PNL de que la representación interna de la experiencia de una persona se puede mapear y acceder a través de señales de acceso de movimiento ocular, a menudo permite que el cliente y el terapeuta identifiquen cuadrantes específicos del campo visual que permiten al cliente hacer contacto. ya sea con un estado altamente ingenioso o intensa reexperimentación del trauma.

IEMT DE AUSTIN

Otro modelo de terapia derivado del EMI de los Andreas es el IEMT.

Andrew T. Austin desarrolló el IEMT (Integral Eye Movement Techniques, o Técnicas Integrales de Movimiento Ocular), desde 2006, las cuales fueron expuestas también por Sonia Richards en su libro *Integral Eye Movement Techniques.*

La IEMT es una forma de psicoterapia breve. Hay un video que explica el núcleo de este enfoque terapéutico, que es la integración de los movimientos oculares y otros procesos basados en el cuerpo. Es una versión didáctica concisa del proceso IEMT de Connirae Andreas.

Los orígenes de este modelo se remontan al trabajo de Steve y Connirae Andreas sobre la terapia de integración del movimiento ocular (Andreas, 1993) y la terapia de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular de Francine Shapiro (Shapiro, 1989).

Asimismo, otro aspecto importante es el trabajo sobre la identidad, mediante la exploración de pronombres, del psicoterapeuta neozelandés David Grove (Wilson, 2017).

Este modelo consiste en recordar y mantener una imagen negativa de un evento experimentado en el pasado por el cliente, mientras el terapeuta guía sus movimientos oculares en direcciones diferentes pero específicas. Así, se invita al cliente a concentrar su atención en la información solicitada por el

terapeuta, mientras que el terapeuta le indica que mueva los ojos en algunas direcciones específicas apuntándolos con un bolígrafo o con el dedo. El resultado del proceso terapéutico suele ser la pérdida del impacto emocional negativo de la imagen recordada por parte del cliente. Además, otro aspecto importante del modelo IEMT reside en el hecho de que el cliente no está obligado a revelar abiertamente su experiencia problemática al terapeuta.

La principal hipótesis que subyace a este enfoque terapéutico se basa en el hecho de que los movimientos oculares en general pueden predecir la experiencia recordada por el cliente (Sharot, Davidson, Carson & Phelps, 2008) y que el conjunto específico de movimientos oculares utilizados en el modelo IEMT está conectado a áreas del cerebro. que se encargan de los recuerdos y las emociones, como el sistema límbico, el tálamo, el hipocampo, el hipotálamo y la amígdala (Austin, 2009a).

El modelo IEMT se centra en dos grandes aspectos, a saber, resolver las huellas emocionales problemáticas del cliente a través de técnicas de ingeniería emocional y aspectos o patrones de identidad problemáticos mediante el uso de técnicas de reimpresión de identidad. La ingeniería emocional se enfoca en las huellas emocionales con respecto a las respuestas cinestésicas constantes e inconscientes del cliente a cierto tipo de experiencias o estímulos de la vida cotidiana.

A través de técnicas específicas de ingeniería emocional, el modelo IEMT puede identificar cómo exactamente el cliente aprendió a sentirse de cierta manera en una situación específica y cómo esto puede cambiarse a una respuesta cinestésica más óptima y adaptativa. La reimpresión de identidad se centra en las impresiones de identidad más profundas del cliente desarrolladas a lo largo de su vida y que se evalúan como problemáticas para su estado de bienestar actual. Mediante el uso de las técnicas de reimprinting específicas del modelo IEMT, el terapeuta puede evaluar y resolver la forma en que el cliente aprendió a ser de cierta manera en un contexto determinado,

Después de una sesión basada en IEMT, el cliente suele

experimentar los siguientes cuatro cambios o mejoras:

1. La imagen visual de la memoria a menudo se vuelve más borrosa y pierde su mayor nivel de detalle (Codispoti & De Cesarei, 2007; De Cesarei & Codispoti, 2008, 2010; Kringelbach, 2005).

2. La imagen visual de la memoria avanza su distancia en la representación mental del cliente (Davis, Gross & Ochsner, 2011; Liberman & Förster, 2008).

3. El cliente experimenta disociación cuando se produce una progresión de edad (Hossack & Bentall, 1996; Koziey & McLeod, 1987; Kross & Ayduk, 2011; Ventegodt, Kandel, Neikrug & Merric, 2005).

4. El nivel de reacción emocional del cliente respecto a la memoria problemática inicial disminuye (Gray & Liotta, 2012; Muss, 1991, 2002; Struwig & van Breda, 2012).

Las sesiones grabadas han demostrado hasta ahora la eficiencia del modelo IEMT cuando se trata de problemas como la ansiedad a largo plazo y los problemas relacionados con el TEPT (Austin, 2010, 2014).

La primera gran distinción entre el modelo IEMT y otras terapias es que surgió como una herramienta para abordar y resolver los "cinco patrones de cronicidad" de los clientes (Austin, 2014), mientras que el modelo EMDR y EMI surgieron como herramientas para resolver el trauma del cliente. La segunda gran distinción es la atención dirigida por el modelo IEMT al nivel de identidad, es decir, las huellas que hicieron que el cliente aprendiera a ser como es actualmente (Austin, 2009a).

Otro aspecto importante que distingue al modelo IEMT de otras terapias basadas en el movimiento ocular se refiere a la atención dirigida a los movimientos oculares inconscientes del cliente durante la intervención (Austin, 2014). Por ejemplo, cuando el terapeuta guía los movimientos oculares del cliente en direcciones o áreas específicas, mientras se concentra simultáneamente en el recuerdo problemático, los movimientos oculares dirigidos del cliente pueden tratar de eludir, desviarse o sortear un área particular en ese campo visual particular. *Cuando*

ocurre este tipo de escenario, el significado habitual es que la representación mental general del cliente ha cambiado a un aspecto diferente de ese recuerdo problemático o a un momento específico en el tiempo de la historia de vida del cliente. Se recomienda que el terapeuta: continúe con los movimientos oculares dirigidos.

Los 5 patrones de la cronicidad

Durante su trabajo como terapeuta, Andrew T. Austin (Austin, 2009b, 2015) identificó cinco patrones primarios que los clientes con problemas crónicos manifestarían como un problema recurrente y, también, durante el proceso terapéutico. Austin desarrolló el modelo IEMT para abordar y resolver estos cinco patrones de cronicidad. Mientras identifica uno o más de estos patrones durante el proceso terapéutico, el terapeuta puede provocarlos para poder trabajar con éxito con ellos e invitar a la tendencia del cliente a identificar cualquier tipo de evidencia de la existencia del problema e ignorar cualquier evidencia de cambio o mejora. En este tipo de patrón, incluso si se ha logrado una mejora del 99% durante el proceso terapéutico, el cliente que muestra este patrón aún podrá ubicar el 1% restante del problema existente y lo generalizará, percibiéndolo así como representativo. Del 100% del aspecto problemático existente. Para resumir este patrón, el cliente mostrará un sesgo de confirmación y centrará su atención en cualquier tipo de aspecto negativo aún existente del estado problemático, mientras ignora cualquier presencia de mejora realizada durante el proceso terapéutico.

1.*El proceso de abreacción de tres etapas*. Este patrón se refiere a la tendencia del cliente a escalar la intensidad de sus emociones negativas y comportamiento expresado durante el proceso terapéutico, con el fin de generar un cambio de comportamiento en su entorno externo cercano, incluido el del terapeuta. Como su nombre lo indica, el patrón consta de tres etapas que conforman un proceso secuencial. La primera etapa es la de la “señal”, en la que el cliente implica al terapeuta la amenaza de experimentar una emoción negativa debido a la conducta del terapeuta. La segunda etapa se refiere a la “amplitud aumentada de la señal”, en la que el cliente amenaza

al terapeuta de manera más directa para cambiar su comportamiento, poniendo más energía en su comunicación y mostrando las respuestas fisiológicas a la emoción experimentada.

2.*La pregunta "¿Qué pasaría si...?".* Este patrón se refiere al cliente encontrar y usar un contraejemplo, en la mayoría de las veces hipotético, para desafiar, sabotear o contrarrestar un tipo de generalización terapéutica. En este tipo de escenarios, cuando el terapeuta propone una técnica durante el proceso terapéutico, el cliente expresa reiteradamente preguntas en forma de "Sí, pero, ¿y si…?". Este tipo de patrón generalmente ocurre cuando el terapeuta cuestiona una o más de las creencias del cliente.

3.*El "fenómeno del hombre quizás".* este patrón se refiere a un cliente que no está seguro de sus propias experiencias o de su intensidad durante el proceso terapéutico. Un ejemplo más claro de este patrón sería en la situación en la que el terapeuta le pide al cliente información sobre su experiencia, y este suele responder con respuestas como "Es algo así…", "Quizás…", "Quizás…", "Supongo que sí…". El cliente, al mantener y permanecer incierto o vago, no se comprometerá con su propia experiencia genuina o auténtica o con su propia identidad y saboteará el proceso terapéutico, porque el terapeuta no puede evaluar la información real que puede hacer una diferencia en el resultado terapéutico.

4.*Probar la evidencia del problema en lugar de probar el cambio*. Este patrón suele ser más común en contextos clínicos o psiquiátricos.

5. *Estar "en efecto" en lugar de estar "en causa*". Este patrón gira en torno a la pasividad general del cliente durante el proceso terapéutico, en contraste con la voluntad de ser una parte activa junto al terapeuta. Un cliente que está "en efecto" experimenta sus problemas emocionales como si le sucedieran a él/ ella en lugar de experimentarlos como estados o respuestas que él/ella manifiesta o que él/ella está provocando o iniciando. Por ejemplo, un cliente que está "en efecto" buscará "tratamiento", mientras que una persona que está "en causa" buscará "cambiar".

Otro ejemplo de un cliente que presenta este tipo de patrón sería aquel que expresa "*tengo una voz en mi cabeza que me dice…*" en lugar de "*creo que…*". O "*sufro ataques de pánico*", en lugar de "*yo mismo me asusto*".

Al manifestar continuamente este tipo de patrón, el cliente no asumirá responsabilidad por sus experiencias y problemas. El terapeuta capacitado en IEMT puede explorar los dos pronombres "Yo" y "Me" y también la expresión de ira experimentada por el cliente mediante el uso de la metodología específica.

6. Si el proceso tiene que repetirse para el *evento de impronta*, el terapeuta tendrá que volver a probar la evidencia de cambio preguntando directamente al cliente sobre el evento anticipatorio que desencadenó la experiencia cinestésica no deseada: "...y cuando piensas en <el evento anticipatorio> actualmente, ¿qué sentimiento te surge ahora?". En el caso de que aún surjan experiencias cinestésicas negativas, se repite todo el proceso básico anterior y se identifican, localizan y trabajan con nuevas huellas.

El patrón básico de IEMT

El siguiente patrón es el procedimiento estándar cuando se usa el modelo IEMT en el problema del cliente por primera vez, y ha demostrado ser la técnica más exitosa hasta el momento. Este patrón se describe a continuación, tal como lo describe Austin (2009a):

1. Una sesión basada en IEMT comienza con el terapeuta que obtiene el estado actual no deseado o la experiencia cinestésica del cliente. Esto se hace haciéndole al cliente las siguientes tres preguntas en este orden exacto:

1a."…***y de 10, ¿qué tan fuerte es este sentimiento, siendo diez lo más fuerte posible?***". Al hacer esta pregunta, el cliente puede asignar una escala de amplitud para el estado actual no deseado o experiencia cinestésica (del 1 al 10).

"…***y qué sucede cuando intentas acceder a ese***

sentimiento ahora? En el caso de que el evento de impronta aún desencadene experiencias cinestésicas negativas para el cliente, el terapeuta repite el proceso anterior.

1b."… ***y ¿qué tan familiar es este sentimiento?".*** Al hacer esta pregunta, el terapeuta puede evaluar el grado de familiaridad del cliente con el estado actual no deseado o la experiencia cinestésica.

1c."…***y cuándo fue la primera vez que recuerdas haber tenido este sentimiento?… Ahora, puede que no sea la primera vez que suceda, sino más bien la primera vez que puedes recordar ahora***…". Al hacer esta pregunta, el terapeuta puede ayudar al cliente a identificar la experiencia que desencadenó su estado actual no deseado o experiencia cinestésica.

2. Luego se le da al cliente alrededor de 20 a 40 segundos para acceder al evento de impresión del estado actual no deseado o experiencia cinestésica. El terapeuta no ofrece ningún tipo de guía o consejo, sino que permite que el cliente realice únicamente su propia búsqueda transderivacional cinestésica.

3a. Después de que el cliente haya accedido a su primer recuerdo del sentimiento problemático, el terapeuta le pregunta***"… ¿Y qué tan vívido es este recuerdo ahora?***

3b. Luego se le indica al cliente que acceda a la memoria y se asocie con ella: "***mantenga este recuerdo vívidamente en su mente durante el mayor tiempo posible…"***

Reimpresión de identidad

El siguiente patrón representa la base cuando se trabaja con el modelo IEMT en los problemas de identidad problemáticos del cliente. Este patrón del proceso de reimpresión de la identidad tiene dos fases principales y se describe a continuación tal como lo describe Austin (2009a):

1. Obtención de componentes de la identidad del cliente usando una serie de preguntas basadas en el uso del cliente de los pronombres "Yo", "Mi", "Me" y "Tú".

Por ejemplo, cuando el cliente usa el pronombre “yo” en una oración como “Me odio a **mí mismo**”, el terapeuta explora este pronombre con las siguientes tres preguntas secuenciales:

1a.“...y cuando piensas en **'mí mismo'**, ¿dónde está ese 'mí mismo'?"

1b.“...¿y cuántos años tiene ese 'mí mismo'?”

1c.“... ¿y qué está pasando alrededor de ese 'mí mismo' de <edad en años>?”

En algunos casos, el cliente puede solicitar aclaración con respecto a la tercera pregunta, pero se recomienda al terapeuta que no ofrezca ningún tipo de guía, sino que, en cambio, repita la pregunta si es necesario.

La misma secuencia de preguntas se repite para los pronombres “Yo”, “Mi”, “Me” “Uno” y “Tú”, si el cliente los utiliza en alguna afirmación sobre su propia identidad.

2. Intervención sobre componentes de la identidad del cliente que utilizan movimientos oculares específicos:

En muchos casos, al menos un aspecto de la identidad puede ser problemático para el cliente. En los ejemplos anteriores, donde el cliente podría decir "Me odio a mí mismo", tanto el componente "Yo" como el componente "Mí mismo" pueden necesitar intervención. En este caso, el componente "yo" puede tener un problema de "odio" hacia otras personas y el componente "Mí mismo" puede tener un aspecto problemático con respecto a la confianza en uno mismo, etc.

El terapeuta le indica al cliente que recuerde y mantenga la imagen identificada cuando se le solicite “***¿Qué está pasando alrededor de ese 'yo'?”*** y guíe el movimiento de sus ojos alrededor del patrón “*8 perezoso*" —también conocido como símbolo del infinito— seis veces, tanto en el sentido de las agujas del reloj como en el sentido contrario a las agujas del reloj y luego vuelva a calibrar. El mismo proceso se repite para

los pronombres “Yo”, “Mi”, “Me” “Uno” y “Tú”, si se han identificado como problemáticos.

En resumen, IEMT ayuda al consultante a enfocar sus reacciones emocionales y cambiar sus creencias y sentimientos que le impiden ser feliz o exitoso. Está basada en movimientos oculares dirigidos a las zonas de acceso ocular del Diálogo interno/Creencias/Identidad (zona inferior izquierda del consultante) y del acceso a la zona de los sentimientos (zona inferior derecha del consultante).

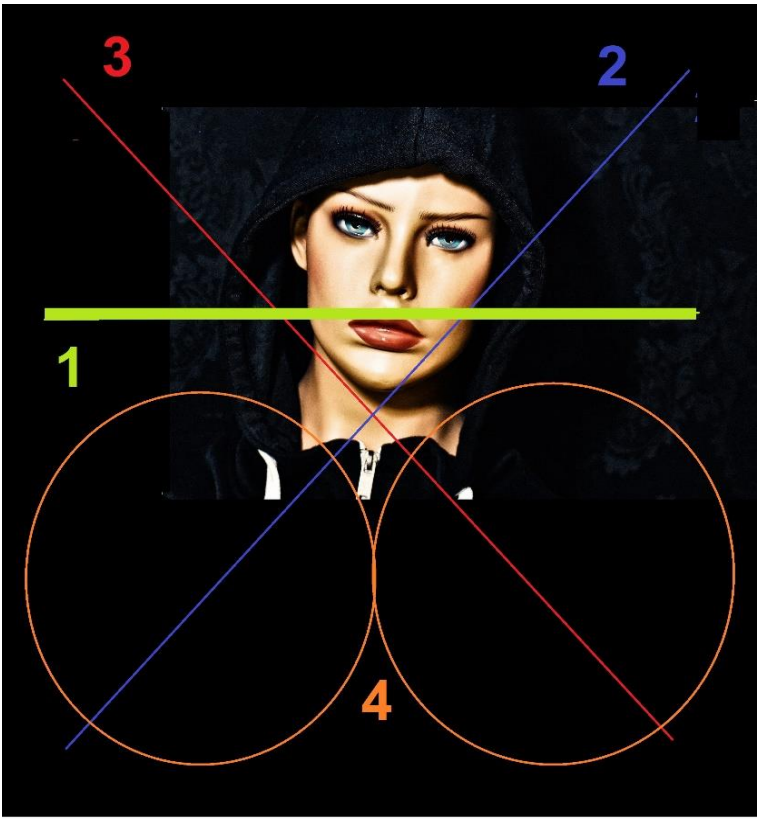
Para lograr lo anterior, el terapeuta hace 4 movimientos principales (ver imagen):

1.- El terapeuta Sostiene 2 de sus dedos y los mueve varias veces, en una ***horizontal*** de izquierda a derecha a la altura de sus ojos o un poco más abajo, para que el consultante siga los dedos con sus ojos, sin mover la cabeza.

2.- Después, sus dedos los moverá de tal manera que trace una ***diagonal*** que se origina de la zona superior derecha del consultante y termina en la zona inferior izquierda de este.

3.- Otro movimiento es en el que el terapeuta mueve dos de sus dedos desde la zona superior izquierda del consultante hasta la zona inferior derecha del consultante, trazando una ***diagonal*** imaginaria.

4.- Un movimiento extra es el del “***8 perezoso***”, también conocido como “ocho gigante acostado” o “símbolo del infinito”. Siendo un movimiento que traza el terapeuta a la altura de los ojos del consultante, abarcando un área desde su cabeza hasta su cintura y del extremo izquierdo al extremo derecho que abarquen sus dedos en acción.



4 MOVIMIENTOS IEMT

Lo que IEMT hace es que el consultante identifique el sentimiento principal y lo califique en la escala SUD de 0 a 10, para luego rastrear dónde y cómo lo aprendió, simplemente preguntándole que en este momento cuándo recuerda la primera vez que sintió ese sentimiento. Para ir evaluando el cambio terapéutico en cada ronda se hacen las siguientes preguntas:

¿Ese recuerdo lo ves en forma de imagen o en movimiento como una película?

¿Te ves dentro o te ves desde lejos como si fueras un espectador?

¿Qué tan familiar sientes el sentimiento?

¿Qué tan vívido o intenso sientes el sentimiento?

¿Con cuánto calificas el sentimiento en la escala de 0 a 10 en este momento?

Cerrando los ojos ¿Cuándo es la primera vez que puedes recordar haber sentido ese sentimiento?

El trabajo sobre ese sentimiento principal termina cuando el puntaje calificado llega a 0 o 1.

También, en IEMT interesa identificar las creencias actuales y rastrear su origen de cómo las adquirió, para reestructurar la identidad.

Breviario de casos y variantes

A.- ¿Quiénes son los Andreas?

Steve Andreas es un terapeuta y entrenador de PNL, antes llamado John O. Stevens, quien trabajó con Fritz Perls, Virginia Satir y Richard Bandler. Junto con su esposa Connirae coescribió dos libros. Es hijo de Barry Stevens, la autora del libro "*No empujes el río*".

Connirae Andreas ha co-escrito el libro pionero 'Transformación Esencial' (Core Transformations) con su hermana Tamara (Andreas y Andreas, 1994). Con Steve, ella coescribió 'Cambie su mente para cambiar su vida'; y 'El Corazón de la Mente', en el cual explican numerosas técnicas potentes de PNL que habían creado o modificado (Andreas y Andreas, 1987, 1989).

B.- Asunción de responsabilidad en Terapia Gestalt

La reimpresión de identidad usada en IEMT es muy parecida a la toma de responsabilidad en Terapia Gestalt.

La visión gestáltica de la responsabilidad implica hacernos

cargo de nuestra vida y asumir como propio lo que hacemos, pensamos y sentimos. Y la terapia va precisamente de esto, de señalar y confrontar la actitud de culpar al otro, al mundo o a la vida misma de todo lo que nos sucede (Montells, 2022).

C.- ¿Cuántas sesiones se necesitan en EMI?

Menciona Beaulieu (2003): "*En algunos casos de eventos traumáticos únicos y sin complicaciones, una sesión de EMI es suficiente para eliminar los síntomas no deseados. Más a menudo, los clientes se enfrentan a una red de recuerdos y eventos asociados inesperados, a veces negativos y a veces positivos, que normalmente necesitarán varias sesiones antes de llegar a la resolución.*

La presencia persistente de síntomas residuales después de terminar la terapia EMI podría reflejar una serie de circunstancias. En algunos casos, la terapia puede haberse interrumpido prematuramente, sin resolver todos los problemas relacionados con el trauma, aunque tanto el cliente como el terapeuta creían que el recuerdo traumático original había sido tratado por completo. Además, algunas experiencias traumáticas dan como resultado un aprendizaje que altera adecuadamente las respuestas a situaciones potencialmente peligrosas.

Finalmente, EMI no puede, por sí mismo, proporcionar las nuevas experiencias e información necesarias para enseñar percepciones y comportamientos más saludables. En estos casos, la EMI puede mejorar los síntomas en gran medida, pero es posible que se necesite psicoterapia adicional o experiencias de la vida para proporcionar la sabiduría somatosensorial y cognitiva necesaria para eliminar los últimos vestigios de los síntomas relacionados con el trauma".

Referencias

Andreas, Connirae; y Andreas, Steve (1991). “Corazón de la Mente”. Chile: Cuatro Vientos

Andreas NLP. “NLP Techniques - Eye Movement Integration with a Vietnam Veteran (PTSD)”:

https://www.youtube.com/watch?v=GnoqWqijYvQ&t=85s&ab_channel=AndreasNLP

Beaulieu, Danie. (2022). Efficacy of Eye Movement Integration Therapy: A novel therapy for rapid, ecological integration of traumatic memories. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/252390099_Efficacy_of_Eye_Movement_Integration_Therapy_A_novel_therapy_for_rapid_ecological_integration_of_traumatic_memories

Beaulieu, Danie (2003). “Eye Movement Integration Therapy. The Clinical Comprehensive Guide, EMI”. Crown House Publishing. Recuperado de kindle

Charmaine van der Spuy & Adrian DuPlessis van Breda. Un estudio exploratorio sobre el uso de la terapia de Integración del Movimiento Ocular (EMI) para tratar el trauma en la primera infancia en Sudáfrica. An Exploratory Study on the Use of Eye Movement Integration Therapy for Treating Trauma in Early Childhood in South Africa. Pages 157-174 | Published online: 09 Apr 2018

DOI: https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1441126

Texto completo en inglés: http://eyemovementintegration.be/StruwigZuid-Afrika.pdf

Martínez-Bernal, Juan Carlos (2020). “100 Investigaciones en EMDR, EFT, CF, PNL y más”. Segunda edición. Publicación Independiente. Recuperada de Kindle.

Martínez-Bernal, Juan Carlos. (2020). “Técnicas Energéticas y de Integración Cerebral”. Segunda edición. Publicación independiente. Recuperada de Kindle.

"Terapia de Integración del Movimiento del Ojo" (EMI) en pacientes con pesadillas - un estudio piloto”. 0552 "Eye-Movement-Integration Therapy" (EMI) in patients with nightmares - a pilot study”. Sleep, Volume 45, Issue Supplement_1, June 2022, Page A243, Doi: https://doi.org/10.1093/sleep/zsac079.549

Montells, Rosa (2022). Culpa y responsabilidad, una visión gestáltica. L’Alzina de Collbató. Recuperado de: https://www.alzinadecollbato.cat/culpa-y-responsabilidad-una-vision-gestaltica/

Moore, John & Manea, Alexandru. (2018). The Use of Integral Eye Movement Therapy (IEMT) in the Treatment of Psoriasis Induced Skin Eruption - a Case Study. 21. 71-81. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/327542346_The_Use_of_Integral_Eye_Movement_Therapy_IEMT_in_the_Treatment_of_Psoriasis_Induced_Skin_Eruption_-_a_Case_Study

NLP Techniques - Integral Eye Movement Therapy (AMT 2009) demo with Andrew T. Austin. Recuperado de:
https://www.youtube.com/watch?v=VQswNiwN7K0&ab_channel=AndreasNLP

17.- LAS CLAVES DE MEMI

"Los movimientos oculares, las representaciones internas y las respuestas conductuales a nuestro entorno están relacionados, como indican la investigación y la experiencia clínica, hay mucho que ganar al comprender este fenómeno."

Mike Deninger

Ron Klein (2015) agregó al EMI de los Andreas dos mecanismos de seguridad: el anclaje de recurso positivo PNL y la Disociación terapéutica. Debido a que otras terapias de trauma, incluido EMDR, habían sido criticadas por no garantizar la seguridad y la estabilidad del cliente durante el tratamiento, Klein agregó dos estrategias al EMI original para usar en el EMI™ de Klein. El propósito de cada una de las dos estrategias agregadas era prevenir reacciones severas —abreacciones— de los clientes durante la exposición. Se sospechó, y luego se confirmó, que las protecciones inadecuadas durante el tratamiento del trauma estaban relacionadas con tasas más altas de abandono en los estudios de terapia de exposición.

Varias terapias que tratan traumas —incluido EMDR— han sido criticadas por exponer a los consultantes a abreacciones o

reacciones emocionales intensas que a veces los retraumatizan. Ante esto, surgieron alternativas para evitar esto, tales como *Somatic Experiencing* de Peter Levine, y *EMDR Natural Flow* de David Grand,

El mecanismo del anclaje de recurso positivo es una forma de inhibición recíproca de Wolpe (1954) para aplicarse ***antes*** de exponer al consultante a recordar experiencias traumáticas.

La segunda mejora de Ron Klein, llamada **Disociación terapéutica**, fue diseñada para interrumpir visualmente la conexión entre los consultantes y sus traumas haciéndoles proyectar una imagen de la experiencia en una superficie *a cierta distancia*. Esta variación del procedimiento ***V/K/D*** de la PNL (Visual/Kinestésica/Disociación) le permite al consultante ver la experiencia traumática como un observador externo —disociado—, en lugar de revivirla como un participante asociado en primera persona. Tanto el anclaje como la disociación terapéutica se utilizan en MEMI porque brindan a los consultantes más protección durante la exposición traumática que las "garantías" que se encuentran en otras terapias.

En el capítulo anterior ya escribí sobre Danie Beaulieu. En este me referiré al refinamiento que Mike Deninger (2021) hace del EMI, para mejorarlo como **MEMI** *Multichannel Eye Movement Integration* (Integración del Movimiento Ocular Multicanal).

MEMI no se considera cognitivo ni conductual, sino que se describe más acertadamente como orgánico, límbico, sensorial, neurológico, lingüístico y sistémico. Todas las modalidades se activan a medida que un recuerdo se insensibiliza reflexivamente durante los movimientos oculares y los comandos hablados. Afirma Deninger que es una terapia límbica segura y efectiva para el TEPT, el trastorno de estrés agudo y los "pequeños traumas".

La experiencia clínica con MEMI ha confirmado que un enfoque dirigido estratégica y sistemáticamente a las zonas o posiciones clave de acceso (narrativas internas, visualizaciones y

sentimientos) agiliza la terapia sin comprometer los resultados; vincular todas las posiciones de acceso es innecesario. Y agregar verbalizaciones estratégicas en un formato multicanal mejora aún más los resultados.

Debido a que los procesos y procedimientos de integración del movimiento ocular se derivaron de la PNL, el uso exitoso de la terapia MEMI requiere una comprensión de los principios de la PNL.

Aunque las presuposiciones en **PNL** son varias (Robert Dilts considera que son 17), en MEMI bastará con que se aborden **5 presuposiciones**:

1. La experiencia humana es organizada y sistemática.

En términos generales, nuestras experiencias tienen un principio, un medio y un final, a menos que se interrumpan. Estamos constantemente aprendiendo, experimentando sistemáticamente con nuevos comportamientos y adoptando patrones que se adaptan a nosotros. Las que nos funcionan se vuelven habituales; los que no, los abandonamos.

2. Todas las experiencias tienen una estructura.

Esta presuposición sugiere que la estructura de una experiencia se compone de cuatro elementos básicos: su contexto asociado, pensamientos, información sensorial y sentimientos. Estos elementos dan dimensión a todos los estados humanos del ser, ya sean positivos, neutrales o negativos. Es cómo comprendemos una experiencia y somos capaces de comunicarla a otros.

Debido a que las experiencias humanas tienen una estructura, las experiencias pasadas pueden activarse, observarse y describirse en el presente, lo que nos permite monitorear los cambios en las reacciones a los recuerdos angustiosos después de las intervenciones terapéuticas.

3. Las experiencias se almacenan y recuperan utilizando datos sensoriales.

Información sensorial: las imágenes, los sonidos, los olores y los sabores de una experiencia proporcionan el medio a

través del cual los recuerdos y las ideas se representan mentalmente cuando se almacenan y luego se recuperan. Los datos sensoriales también nos permiten describir una experiencia recordada.

4. *Cuando se interrumpen los patrones, las experiencias se reorganizan.*

5. *Cuando se reorganiza una experiencia, los resultados tienden a ser beneficiosos.*

Los movimientos oculares a ubicaciones particulares en el campo visual de una persona están asociados con el procesamiento de información cognitiva, cinestésica y sensorial. Con eso en mente, Connirae Andreas teorizó que guiar los ojos de un cliente a todos los lugares del modelo, mientras un cliente piensa en un evento traumático, reorganizaría la estructura de una experiencia de manera beneficiosa.

Innovaciones en MEMI

El modelo teórico, el protocolo y los procedimientos de MEMI se ven reforzados por varias innovaciones que involucran el uso de comentarios estratégicos pronunciados por el terapeuta durante los movimientos oculares, en forma de comandos directos, comandos integrados y declaraciones de reencuadre visual, espacial y temporal. En la integración de movimientos oculares y EMDR, los terapeutas rara vez hablan mientras se realizan los movimientos oculares. Cuando comencé a usar la técnica, noté con qué frecuencia, debido a mi silencio, los pensamientos de un cliente se dirigían a temas distintos al aspecto del trauma que recibía el foco. Y no había forma de que yo supiera cómo se enfocaba su atención interna a menos que un cliente autoinformara esa información. Me encontré recordando periódicamente a los clientes la tarea en cuestión con comentarios verbales.

Después de descubrir lo útiles que son comentarios como este para mantener el enfoque de un cliente, se le ocurrió a Deninger que otras sugerencias verbales directas o subliminales podrían incorporarse a la terapia para aumentar sus efectos.

Empezó a experimentar con sugestiones hipnóticas destinadas a apelar a las estructuras de pensamiento más profundas y al deseo de cambio de un cliente. Esto tenía sentido en muchos niveles. Podrían apuntarse las reacciones visuales, emocionales y viscerales a un recuerdo; podrían estimularse los cambios cognitivos; podrían insertarse metáforas que inciten al cambio; y se pueden dar garantías de que se salvaguardará el bienestar del cliente.

Estas declaraciones pronunciadas por el terapeuta durante la exposición tienen tres resultados previstos:

1. Reforzar verbalmente el recurso ancla durante la exposición al trauma y los movimientos oculares.

2. Recordar a los clientes que mantengan la vista fija en el dedo o el bolígrafo que se mueve en primer plano mientras continúan pensando en la imagen del estado del problema (experiencia traumática) al otro lado de la habitación.

3. Para ayudar a la transición de los pensamientos, sentimientos y reacciones sensoriales de un cliente de estado del problema al estado libre de problemas utilizando reencuadres visuales, temporales y espaciales, y comandos directos e integrados.

A diferencia de técnicas anteriores de movimientos oculares, MEMI especifica qué movimientos oculares usar y su orden de presentación. Los patrones fijos de movimientos oculares demostraron ser más efectivos que un enfoque aleatorio, y la estandarización de los movimientos oculares hizo evaluaciones más formales de lo factible de la terapia.

Tres técnicas de reencuadre ayudan a crear y reforzar la disociación terapéutica, el segundo mecanismo de protección promovido por Klein y ahora parte integral de los procedimientos MEMI:

Reencuadre visual

Altera la percepción de un evento al sugerir diferentes formas de "ver" o visualizar una experiencia. Por ejemplo: "*Dices que ves el recuerdo traumático como imágenes, prueba a*

recordarlo como una película en movimiento".

Reencuadre temporal

Altera la percepción de un consultante de una experiencia moviéndola hacia adelante o hacia atrás en el tiempo. Por ejemplo: "*Aumenta la velocidad de tu recuerdo traumático, atrásalo y luego adelántalo en las acciones y movimientos de ese recuerdo, hazlo así varias veces*".

Reencuadre espacial

Altera la percepción de un evento al modificar la distancia física entre un cliente y la experiencia negativa. Por ejemplo: "*Si ves cerca el recuerdo traumático, prueba a visualizarlo lejos*".

También, en la técnica MEMI se agregaron a los movimientos oculares metáforas verbalizadas por el terapeuta, y sugestiones hipnóticas como resultado de los muchos experimentos que realizó Deninger. Estos fueron diseñados para estimular cambios en las reacciones límbicas a traumas específicos y representaron una mejora dinámica de las versiones anteriores. Los ***comandos directos e integrados*** son sugestiones hipnóticas diseñadas para estimular cambios en las cogniciones, respuestas sensoriales y reacciones somáticas. Por ejemplo, mientras su cliente está pensando en un evento traumático y viendo cómo se mueve el bolígrafo, puede expresar una orden directa de cambio, como: "*Puede dejar que sus sentimientos disminuyan ahora*", dicho en un tono normal y conversacional. Otra opción sería dar un comando indirecto o incrustado, encapsulado dentro de una declaración más grande y pronunciado de una manera atractiva para la mente inconsciente. En esta declaración, "*Puede que descubras que...tus pensamientos sobre esto cambiarán*", las palabras subrayadas son el comando incrustado.

Se entonan de una manera diferente a la primera parte de la declaración. Cambiando de un tono conversacional a una voz monótona, como la de un robot, usted pronuncia la parte de comando de la declaración con más énfasis y volumen. Este es un llamado a la mente inconsciente de su cliente para cambiar

sus pensamientos sobre el estado del problema.

Con estas adiciones, MEMI se convirtió en una terapia multidimensional, multisensorial y **multicanal**. Esas dimensiones son las siguientes:

1. Probar y volver a probar las cogniciones, las características sensoriales y los sentimientos asociados con la experiencia traumática recordada.

2. Proyectar una imagen del trauma en una superficie al otro lado de la habitación.

3. Seguir el movimiento de un bolígrafo con los ojos mientras se piensa en la imagen.

4. Escuchar al terapeuta replantear los aspectos cognitivos de una experiencia.

5. Escuchar órdenes incrustadas entonadas con vocalizaciones provocativas (auditivas).

***Los 10 pasos del protocolo MEMI son los siguientes*:**

1. Administrar PCL-5 y establecer una buena relación.

A los consultantes que se les aplica el protocolo de MEMI se les administra una lista de verificación *estandarizada* de TEPT basada en los criterios del *DSM 5* (PCL-5, para diagnosticar *Transtorno de Estrés Post Traumático*, PTSD, por sus siglas en inglés). El PCL-5, entonces, es para determinar si su cliente califica o no para un diagnóstico de TEP, además de establecer una calificación pre-test que al final del tratamiento se podría comparar con la calificación post-test si se vuelve a contestar este instrumento, para medir el progreso en relación con los criterios de diagnóstico de TEPT del DSM-5. Los estudios han demostrado la validez y confiabilidad del instrumento, y confirmaron que el cuestionario es psicométricamente sólido (Blevins et al., 2015; Wortmann et al., 2016).

También, se establece una alianza de confianza —*rapport*— y trabajo entre consultante-terapeuta.

2. Acuerdo seguro para cambiar.

Se asegura un acuerdo para cambiar la reacción a la experiencia traumática. La forma de buscar un compromiso para el cambio suele ser sencilla, como en el siguiente guion:

"*Antes de comenzar, tengo una pregunta para ti. Queremos asegurarnos de que ninguna parte de usted se oponga a hacer este cambio. Si alguna parte de ti se resiste a hacer el cambio, tu éxito podría verse obstaculizado. Entonces, dado el hecho de que su recuerdo de este evento le ha causado dificultad con pensamientos intrusivos, flashbacks y ansiedad, ¿está de acuerdo en que le gustaría cambiar la forma en que reacciona ante él?*"

Tu cliente responde que sí.

"*¿Y hay alguna parte de ti que no está segura de querer este cambio?*"

Su cliente responde que no, con respuestas conductuales congruentes. Si su cliente, por alguna razón, se muestra reacio a realizar el cambio, debe explorar las razones de la incertidumbre o incongruencia. A un cliente que le gustaría cambiar, pero no cree que sea posible, se le puede preguntar:

"*Si la experiencia fuera menos perturbadora, ¿sería mejor para ti?*" y/o "*Incluso si no está seguro de que es posible cambiar la experiencia, ¿está abierto a esa posibilidad? ¿Aceptarías un cambio si sucediera?*"

Una vez que se ha asegurado el acuerdo para cambiar, pasa a la prueba previa.

3. Prueba previa de los elementos de la estructura de la experiencia traumática.

Se realiza una prueba previa de los síntomas del trauma. Primero, hay que ayudar a su cliente a seleccionar la memoria (o parte de ella) para ser el foco durante los barridos de movimiento ocular. Los recuerdos traumáticos pueden ser

unidimensionales o complejos, enraizados en un solo evento en un momento en el tiempo (presenciar un asesinato) o vinculados a varios eventos juntos y formando una masa compleja e interrelacionada (múltiples instancias de abuso intrafamiliar). En el último caso, un cliente puede verse inundado con imágenes intrusivas y reacciones somáticas de varias ofensas, todas intensas, que compiten por la atención. Entonces, ¿por dónde empiezas?

Centrarse en un solo aspecto de un evento, un momento en el tiempo, y su estructura de síntomas, especialmente si hubo múltiples delitos, es aconsejable por dos razones:

1. Un solo enfoque facilitará antes y después de la prueba.

2. En lugar de estar inundado con múltiples imágenes y sentimientos asociados con diferentes eventos, un solo enfoque será más manejable, tolerable e imbuirá una sensación de control en su cliente.

MEMI no utiliza desensibilización sistemática. No desarrollará una jerarquía graduada de eventos angustiosos con su cliente al usar MEMI, ni trabajará desde el evento menos perturbador hasta el más difícil. En cambio, usted y su cliente identificarán el aspecto más problemático de un evento o situación como el foco del tratamiento, pero solo si esa selección no compromete la seguridad del cliente. La experiencia elegida puede ser la que ocurre con más frecuencia en los pensamientos, la que causa más angustia o la más difícil de descartar cuando se producen pensamientos al respecto. Seleccionar el aspecto más amenazante puede parecer contradictorio, pero generalmente es deseable. En primer lugar, cuando las manifestaciones más extremas (visuales, emocionales y viscerales) de un recuerdo se desensibilizan o integran, los aspectos menos provocativos de una experiencia traumática suelen reorganizarse y también se vuelven menos amenazantes.

La prueba previa normalmente se lleva a cabo antes de anclar un estado de recurso en su cliente. Si establece un ancla de recursos antes de la prueba previa, la protección que brinda el ancla podría distorsionar o enmascarar la respuesta habitual

de su cliente al trauma. *Es importante que observe la respuesta del cliente sin filtrar tanto como sea posible, al mismo tiempo que tenga cuidado de evitar una reacción demasiado fuerte. Por esta razón, al realizar una prueba previa, le pedirá a su cliente que proyecte muy brevemente una imagen del evento en una superficie al otro lado de la habitación. Aunque esta separación física (visión disociada) generalmente evitará que su cliente "colapse" en la experiencia y provoque una angustia indebida, si su cliente comienza a descompensarse, puede interrumpir rápidamente la regresión diciendo: "Está bien, vuelva aquí. No vayas allí todavía. Quédate aquí conmigo ahora" o "Mírame, vuelve ahora. No queremos que vayas allí todavía".*

Una vista disociada a menudo ayudará a su cliente a recordar con más calma y precisión su respuesta habitual.

El siguiente guion describe cómo presentar la prueba previa a su consultante:

"*En un minuto, voy a pedirte que proyectes una imagen de esa experiencia en la pared del otro lado de la habitación, pero no mires hacia afuera todavía. Mírame ahora. Cuando mire hacia afuera, quiero que tome una breve instantánea del evento y regrese aquí. No queremos que vuelvas a entrar en esa experiencia, sino que la veas muy brevemente desde la distancia. Luego le haré preguntas sobre la experiencia que nos ayudarán a hacer comparaciones más adelante. Ahora, si describir los detalles de su experiencia es demasiado difícil para usted, omitiremos las preguntas sobre "quién, qué, dónde y cuándo" por ahora. ¿Estaría dispuesto a describir lo que sucedió, o no? Es completamente opcional. Siempre puedes describir el evento en un momento posterior, cuando te sientas más seguro*".

Los consultantes no están obligados a describir experiencias traumáticas durante el tratamiento MEMI a menos que así lo decidan. Darle a su consultante la opción de revelar los detalles de lo que sucedió es una característica única del protocolo MEMI que mejora aún más la seguridad del consultante.

Steve Andreas (1993) explicó por qué no es aconsejable

presionar a los clientes para que repitan sus historias traumáticas. Un recuento requiere que una persona se asocie lingüísticamente con la experiencia como narrador en primera persona, en ese momento y lugar cuando se formó la memoria. Hay ocasiones en las que los clientes insisten en explicarle su historia traumática a usted como terapeuta, aunque la narración sea emocionalmente difícil para ellos. Pero solo necesitan decirlo una vez, y solo si es importante para ellos.

4. Anclar el estado del recurso.

El anclaje del estado de recursos es una estrategia de PNL diseñada para contrarrestar o neutralizar las reacciones que tienen los clientes durante la exposición a eventos traumáticos.

Andreas y Faulkner (1998) describen un ancla como "un estímulo particular; vista, sonido, palabra o tacto que trae automáticamente un recuerdo y estado particular del cuerpo y la mente". Al anclar un estado de recurso en su cliente, utilizará un proceso de dos pasos. Después de seleccionar un recuerdo empoderador del cliente, obtendrá los pensamientos, sentimientos e información sensorial asociados con el recuerdo. Luego, adjuntará un ancla verbal (enlace) a la experiencia positiva, que cuando se dispare (invoque) en el futuro, reestimulará esas respuestas positivas en su cliente. En MEMI, los clientes están anclados en estados de recursos antes de exponerlos a recuerdos traumáticos, excepto cuando se considera innecesario un ancla. Los estados de recursos anclados luego se mantienen a lo largo de la exposición.

Hay tres tipos de anclas: auditivas, visuales y kinestésicas. La palabra Poderoso se utiliza como ancla en los guiones a lo largo de este libro. *Este es un ejemplo de un ancla auditiva (en este caso, vocalizada). Las anclas auditivas son, con mucho, el tipo más utilizado.*

Aunque los anclajes cinestésicos (táctiles) se consideran más fuertes en su capacidad para establecer y mantener estados de recursos, rara vez se utilizan. Un terapeuta que toque el brazo de un cliente para instalar un ancla podría comprometer la integridad de un sobreviviente de trauma.

Los anclajes visuales son el tipo menos efectivo y el que

se usa con menos frecuencia, es decir, para personas oyentes. Sin embargo, en mi trabajo con clientes sordos y con problemas de audición, casi siempre se utilizan anclas visuales. Debido a que los anclajes auditivos obviamente están fuera de discusión, los signos o gestos del lenguaje de señas estadounidense son la forma principal de instalar un estado de recursos en los clientes sordos.

Con vocalizaciones melódicas y tranquilizadoras, como las que se usan en la hipnosis o las imágenes guiadas, le pedirá a su cliente que cierre los ojos, retroceda en el tiempo y vuelva a entrar en la experiencia edificante que está a punto de anclar. En el siguiente guion, el ancla seleccionada es la palabra **poderoso**, basada en el informe de "Karina" de que se sintió impotente en el momento de su trauma. La palabra en mayúsculas, subrayada y sin cursiva **Poderoso** en el texto denota los momentos en que se dispara el ancla (hablado con mayor énfasis y volumen), lo que hace que los pensamientos y sentimientos poderosos se reaviven en su cliente. Tenga en cuenta que la palabra poderoso en cursiva y sin mayúsculas también aparece en varios otros lugares del guion, pero en estas ocasiones la palabra se dice sin énfasis y el ancla no se dispara.

"*Así que ahora, Karina, toma una respiración agradable, larga, lenta y profunda, y mientras exhalas, deja que tus párpados caigan suavemente y descansen cómodamente. Inhala muy lentamente y exhala tan... tan... lentamente. Está bien. A medida que relajas cada parte de ti... cada parte, desde la parte superior de la cabeza hasta la punta de los dedos de los pies, comienza a recordar esa poderosa sensación tal como la experimentaste entonces, como si estuvieras reviviendo ese momento por completo otra vez.*

"*Y si quieres... ahora, recuerda ese día, ese mismo momento, y acomódate en esa poderosa experiencia. Recuerda cómo era estar allí*".

Repita los detalles que el cliente ha compartido.

"*Mira todo lo que viste entonces, todas las imágenes. Escucha todo lo que escuchaste entonces, todos los sonidos.*

Véase a sí mismo tan poderoso como lo era entonces. Vea todo a su alrededor: las caras, los objetos, las acciones. Siente todos los sentimientos poderosos sentiste en ese momento. Note la ubicación exacta en su cuerpo donde esos sentimientos son más poderosos. Siente cómo crecen en intensidad, tal como lo hicieron entonces. Abraza esa experiencia. Haz que esos sentimientos sean tan poderosos ahora como lo fueron entonces.

Permita que se extiendan por todo su cuerpo, en cada rincón y grieta. ¡Y ahora, permite que todos esos sentimientos, sensaciones e imágenes lleguen a la cima! Siéntelos en su máxima expresión".

Cuando se observa que su cliente está en la cima o pico de esa experiencia, y justo antes de que esté a punto de descender, usted confirma la experiencia, dispara el ancla y luego la repite.

"*Así es, Karina.* ***Poderoso... Poderoso****. Y ahora, puedes aferrarte a esos sentimientos a lo largo de nuestro tiempo juntos hoy. Y cada vez que me escuches decir esa palabra...*

Poderoso... Poderoso*... esos fuertes sentimientos se intensificarán dentro de ti, sin importar lo que esté sucediendo. Te sentirás tan poderoso ahora como entonces. Bien...*

Bien... Muy bien. Ahora, mientras abre lentamente los ojos y regresa aquí, traiga todos esos poderosos recursos con usted".

Para probar que el ancla realmente se ha establecido, cambiará el tema de conversación para "romper el estado". Puede admirar lo que lleva puesto su consultante o comentar sobre el clima. Podrías simplemente decir: "*¡Guau, eres muy bueno en esto!*". o pregunte, "*¿Cómo crees que te está yendo hasta ahora?*"

Luego vuelves a disparar el ancla preguntando: "*Y si tuviera que decir la palabra* ***Poderoso****, Karina, ¿qué sucede?*" Si el anclaje tuvo éxito, observará una respuesta inmediata e ingeniosa en su cliente: una respiración profunda, hombros levantados o una sonrisa. Es probable que su cliente también informe que los sentimientos (somáticos o emocionales) asociados con el estado anclado se están agitando nuevamente

en su interior. Si el ancla no tiene éxito, lo que significa que el estado del recurso no se vuelve a activar después de la reactivación, es posible que deba considerar seleccionar otra experiencia para anclar.

5. Introducir la disociación terapéutica.

Se explica la disociación terapéutica al consultante y se le introduce a la misma con un ejercicio de visualización guiada.

La disociación terapéutica crea una separación visual imaginaria entre su cliente y su memoria traumática durante el tratamiento. Cuando se le pide que proyecte una imagen angustiosa de la experiencia en una superficie al otro lado de la habitación, se crea una distancia física beneficiosa entre su cliente y la imagen traumática.

Es otra forma de crear una separación visual, temporal y espacial entre los clientes y sus experiencias negativas. Como su nombre lo indica, la disociación terapéutica es un medio beneficioso para desconectar a su cliente de su reacción habitual ante un trauma durante la exposición. Le recuerdas a tu cliente que la experiencia tuvo lugar en el pasado (al otro lado de la habitación en la pared), pero están en el presente, en su silla (separación temporal). Asimismo, se refuerza el espacio físico entre tu cliente y el recuerdo. Están viendo una representación visual de su yo más joven pasando por la experiencia en una superficie al otro lado de la habitación (separación visual y temporal). No están asociados a la experiencia sino separados de ella, y en el papel de un observador. También están a una distancia de la experiencia al otro lado de la habitación (separación espacial). Por lo tanto, la disociación terapéutica y la técnica ***V/K/D de PNL (Visual/Kinestésica/Disociación)*** son esencialmente dos formas diferentes de representar el mismo fenómeno.

En este paso final antes de comenzar con los barridos de movimiento ocular, es importante explicar cuidadosamente a su cliente cómo funciona la disociación terapéutica, porque es una protección eficaz cuando se usa como se diseñó. Prefiero emplear elementos de V/K/D sin entrar en el procedimiento

completo, y he descubierto que las protecciones que brinda la disociación terapéutica son suficientes para la mayoría de los clientes. Sin embargo, debe recordar que V/K/D es una opción, particularmente cuando los clientes no pueden mantener una visión disociada de una experiencia.

6. Realizar los movimientos oculares de MEMI.

Realizar las cuatro combinaciones de los movimientos oculares básicos llamadas series. Después de una extensa experimentación de Deninger con los movimientos básicos, estos cuatro conjuntos, acompañados de reencuadres estratégicos, metáforas y órdenes incrustadas pronunciadas por el terapeuta, se convirtieron en el núcleo de la terapia MEMI. Las ilustraciones muestran cómo realizar las series, junto con instrucciones, guiones y consejos que explican cómo sincronizar la parte hablada del protocolo con los movimientos oculares.

El objetivo de Deninger era crear un sistema unificado de movimientos oculares que cumplieran requisitos como que, en la medida de lo posible, debían garantizar la seguridad y la protección del cliente; tenían que apuntar a las modalidades sensoriales del modelo de movimiento ocular de la PNL que ocurrían con mayor frecuencia y eran las más reactivas en respuesta a los traumas (las modalidades visual, emocional y visceral); y, finalmente, tomados como un todo, esos movimientos oculares tenían que ser más efectivos para desensibilizar las reacciones a los traumas que los enfoques aleatorios utilizados en la integración de movimientos oculares y EMDR.

Al final, los cinco movimientos oculares básicos de MEMI surgieron orgánicamente, después de prueba y error, e informados por pruebas clínicas con cientos de sujetos. Cuatro de los cinco movimientos básicos habían existido en algún modo en la integración del movimiento ocular. Solo un patrón es exclusivo de MEMI.

Sin embargo, hubo una lógica detrás de su selección, y el orden en que se presentaron se consideró cuidadosamente, por lo que después de años de experimentación, se designaron

cinco movimientos oculares básicos para su uso en MEMI. Se asignaron nombres a los patrones simplemente por aprendizaje:

I.- Arriba del horizonte (un barrido horizontal de 2 puntos)

Lo traza en el aire horizontalmente a unos 5 centímetros por encima de la cabeza de su cliente. Su bolígrafo o dedo se mueve horizontalmente del **punto A** al **punto B** (ver imagen), o sea, hacia la derecha y de reversa a la izquierda, hasta 20 veces, conectando el pasado visual y el futuro visual de la perspectiva o campo visual del consultante, según la PNL. La velocidad de estos barridos es de aproximadamente uno o dos segundos de un lado a otro y la misma hacia atrás.

Este movimiento de ida y vuelta se realiza antes de cada uno de los otros cuatro movimientos oculares porque la ubicación es menos reactiva (más segura) que otras áreas del campo visual del cliente. Sus clientes aprenderán rápidamente cómo este barrido horizontal marca el inicio y el final de todos los movimientos oculares. El barrido por encima del horizonte también se utiliza para facilitar una transición suave de un movimiento básico a otro. Este movimiento ocular es casi el mismo que el movimiento ocular horizontal que se usa en EMDR, pero los barridos son generalmente más amplios, más lentos y por encima del nivel de los ojos.

ARRIBA DEL HORIZONTAL

II.- Triángulo de pie (un barrido de 3 puntos)

Dibujado en el lado izquierdo del campo visual de su cliente y que ***comienza*** en la esquina superior izquierda (**punto A**: la esquina superior derecha del cliente). Se llama Triángulo de pie porque, si los movimientos se dibujaran como líneas en una pared, parecería que el triángulo está parado en uno de sus puntos.

Este movimiento ocular se puede dibujar en sentido horario (recorriendo o barriendo los **puntos A-B-C-A**) o antihorario (recorriendo los **puntos A-C-B-A**). Le sugiero que comience todos los barridos en el sentido de las agujas del reloj —en la perspectiva del terapeuta— para lograr uniformidad.

Comenzar en la misma dirección cada vez facilitará su aprendizaje y lo ayudará a evitar confusiones más adelante.

La dirección a menudo se cambia o revierte durante los barridos de movimiento ocular, pero siempre desde la posición del ***comienzo o punto A***.

Revertir visualmente la dirección sirve como una metáfora subliminal para cambiar de rumbo o deshacer o "revertir" las reacciones traumáticas. Así como el movimiento visual se detiene y se invierte, también se puede insensibilizar el grupo de reacciones físicas, emocionales y cognitivas a la experiencia traumática.

TRIÁNGULO PARADO

III.- Triángulo sentado (un barrido de 3 puntos)

Es el complemento del Triángulo de pie, en el sentido de que lo dibuja en el lado derecho del campo visual de su cliente (el lado izquierdo del terapeuta). Se llama el "Triángulo Sentado" porque parece estar sentado sobre uno de sus lados. Las palabras sentado y de pie no tienen otro significado. Al igual que su contraparte, este movimiento básico se dibuja tanto en el sentido de las agujas del reloj (recorriendo o barriendo los **puntos A-B-C-A**) o antihorario (recorriendo los **puntos A-C-B-A**), y su dirección siempre se revierte —cuando se considere necesario— a partir de la posición del ***comienzo o punto A***.

TRIÁNGULO SENTADO

IV.- Figura 8 vertical (un patrón gráfico)

Comienza este patrón en la parte superior central del campo visual de su cliente y a la misma altura que el patrón I "*Por encima del horizonte*". Siempre está antecedido por algunos movimientos de *Por encima del horizonte* que finalmente se detienen en la parte superior central y hacen una pausa de uno o dos segundos antes de comenzar a trazar la figura. Este patrón también se dibuja en ambas direcciones (hacia la derecha y hacia la izquierda), invirtiendo en la posición del ***comienzo*** en la zona superior central.

EL OCHO VERTICAL

V.- Círculos que se encogen (un patrón gráfico)

Este movimiento también comienza en la parte superior central del campo visual. **Después de 2 o 4 barridos *por encima del horizonte*, detenga el lápiz, bolígrafo o dedo en la posición central del *comienzo* durante uno o dos segundos antes de comenzar a trazar el círculo más exterior.** Nuevamente, le recomiendo que comience en el sentido de las agujas del reloj para lograr uniformidad. El primer círculo y el más grande se dibuja en el sentido de las agujas del reloj desde la posición del comienzo. Una vez que complete el círculo y regrese a la posición de INICIO, haga una pausa de 1 a 2 segundos antes de trazar el siguiente círculo. **La dirección se revierte con el segundo círculo desde la posición del *comienzo*, y todos los círculos subsiguientes se dibujan en esa dirección contraria a las manecillas del reloj**. Cada círculo sucesivo se dibuja más pequeño y, a medida que se reducen de tamaño, naturalmente parece que se encogen hacia arriba. El patrón finaliza cuando circunscribe el último círculo (un poco más grande que una semilla) antes de pasar a algunos barridos *Por encima del horizonte*.

El movimiento Círculos que se encogen —*Shrinking Circles*— es exclusivo de MEMI. Después de agregar la verbalización de "revertir" al patrón de la Figura 8 mientras cambiaba la dirección de los barridos, Deninger se dio cuenta de que se podía crear una metáfora similar para este patrón. La “reducción” de los círculos se convirtió en una metáfora para reducir el tamaño de las reacciones al estado del problema (una metáfora espacial). Posteriormente se agregó una intervención verbal para sugerir una reducción en los síntomas del estado problemático a medida que el tamaño de los círculos disminuía: “*Y ahora un círculo... que abarca todo, John... y se reduce ahora... más pequeño... y menor*." En este punto, sin embargo, sugiere que se concentre sólo en la mecánica de realizar los círculos; es un poco complicado y no se preocupe por la intervención verbal.

CÍRCULOS REDUCIÉNDOSE

Los cuatro *Sets* o conjuntos de movimientos oculares se componen de combinaciones de los cinco movimientos oculares básicos mencionados en párrafos anteriores.

Set 1: Barridos horizontales de movimientos oculares

Antes de comenzar la primera serie de movimientos oculares, pídale a su cliente que mire al otro lado de la habitación a la imagen mental del estado del problema mientras levanta el dedo o el bolígrafo a la posición del ***comienzo o punto A***.

Cada conjunto de movimientos oculares comienza con el patrón *Por encima del horizonte*. Notará rápidamente que el Conjunto 1 es lo mismo que el Movimiento ocular básico 1.

Tan pronto como los ojos de su cliente estén enfocados en un bolígrafo o en dos de sus dedos, comience a mover esto en movimientos horizontales de izquierda a derecha y derecha a izquierda.

Un ritmo cómodo sería de unos dos segundos de ancho y dos segundos de regreso.

Este barrido de 2 puntos (que conecta solo dos ubicaciones) se repite de 10 a 20 veces y debería tardar entre 20 y 35 segundos en completarse. Los movimientos deben deslizarse tan lejos a cada lado como los ojos de su cliente puedan seguir cómodamente sin que su cabeza se mueva, aproximadamente de 30 centímetros de cada lado de la cabeza de su cliente. Por supuesto, la distancia a cada lado variará, según qué tan cerca de la cara de su cliente esté realizando los movimientos.

Los clientes a menudo visualizan eventos traumáticos directamente frente a ellos y al nivel del horizonte. Si su cliente accede a la imagen de su trauma sobre el horizonte, puede pedirle que mueva la imagen hacia abajo, de modo que el primer barrido se coloque justo encima de la visualización. Por supuesto, al disparar el ancla, también puede recordarle a su cliente que es Poderoso, en el presente, y que la imagen está al otro lado de la habitación en el pasado.

Si su cliente parpadea repetidamente mientras se realizan los barridos, mientras mueve el bolígrafo, puede recordarle verbalmente que se abstenga de parpadear, con una declaración verbal como: "Trata de no parpadear, Judy". Los clientes a veces parpadean, como si reaccionaran a algo, mientras sus ojos se mueven sobre una posición específica en el campo visual. Steve Andreas sugirió que estas reacciones a lugares particulares podrían representar "áreas problemáticas". Recomendó mover el dedo o el bolígrafo lentamente de un lado a otro sobre esa área, como si borrara un error, hasta que el cliente deje de parpadear.

Aquí hay un guion de muestra para usar durante el primer conjunto de movimientos oculares:

"*Está bien, Bill. Ahora es el momento de que proyectes la imagen de esa experiencia, y recuerda, también sintiéndote Poderoso aquí en tu silla... Aquí vamos...*"

Levante su bolígrafo, espere a que los ojos de su cliente lo enfoquen y comience los barridos.

"*Esto es como dividir tu conciencia... Por ejemplo, podría notar que alguien entra por la puerta sin apartar la vista de ti... De la misma manera, puedes ver este bolígrafo en primer plano y seguir pensando sobre esa experiencia en el fondo... Bien... Enfocando tus ojos en la pluma aquí mientras pensaba en esa experiencia allá... Así es... Bien.*"

Cuando finalicen los barridos, mueva el bolígrafo detrás de su espalda y fuera de la vista. Luego rompa el estado pidiéndole a su cliente que lo mire mientras lo involucra brevemente en una conversación.

Sigue la primera prueba posterior, en forma de Pasos 7 y 8 en el protocolo. Los cambios se registran en la hoja de trabajo MEMI (Paso 9). Luego, el proceso regresa al Paso 6 y se lleva a cabo el segundo conjunto de movimientos oculares.

Set 2: Barridos oculares en Triángulo de pie

El Set 2 comienza con algunos de los barridos por encima del horizonte, como se realizó en el Set 1, antes de pasar suavemente a 6 a 9 repeticiones de los barridos del *triángulo de pie* de 3 puntos. Todos los barridos son bidireccionales y se pueden hacer en dirección contraria en cualquier momento desde la posición del ***comienzo***. Recomiendo cambiar la dirección después de cada tres vueltas para lograr uniformidad. Si está realizando 9 vueltas en total, cambiaría el movimiento dos veces. El cambio de la dirección de barrido es una potente metáfora para cambiar o deshacer todo el estado del problema y puede reforzarse con un comentario como "Y revertirlo".

Cerca del final de las rotaciones, también verbalizarás el primer comando incrustado. Para reiterar, un comando

incrustado es una directiva entonada anidada dentro de una pregunta, declaración o cita más grande. El comando se vocaliza de manera diferente al resto de la oración, llamando la atención sobre la naturaleza imperativa del comentario, no con demasiada fuerza, pero el énfasis debe notarse en comparación con el resto de la declaración.

Observe la ubicación del comando incrustado en la zona de diálogo interno. La parte de comando de la declaración se habla mientras el lápiz se mueve hacia abajo y hacia arriba sobre la posición de acceso al diálogo interno ubicada en la *parte inferior izquierda del campo visual de su cliente*. Su propósito es estimular cambios en los pensamientos relacionados con el estado del problema. La declaración hablada recomendada para usar con este conjunto, incluido el comando (subrayado), es la siguiente:

"*Sigue pensando en esa experiencia, pero es posible que descubras que… Tus pensamientos sobre esto cambiarán*".

La primera parte de la declaración se dice en un tono de conversación normal a medida que completa los barridos de Arriba del horizonte de ida y vuelta en preparación para el comando: "*Aún piensas en esa experiencia, pero es posible que descubras que...*"

El comando, pero, —"Tus pensamientos sobre esto cambiarán"— se entona con un tono un poco más profundo (timbre más bajo) y con una voz monótona, mientras se desplaza hacia abajo y hacia arriba dos veces solo sobre la ubicación del diálogo interno. Empiece a decir el comando cuando su lápiz llegue a la parte superior de la ubicación (alrededor de 30 centímetros por encima de la parte inferior del barrido vertical). Mientras pronuncia el comando, mueve el lápiz hacia abajo y hacia arriba dos veces, sincronizando los movimientos del lápiz con el ritmo de su discurso.

Después de completar el comando, desde la parte inferior del triángulo, mueva el lápiz en diagonal hacia atrás hasta la posición del ***comienzo*** y finalice la serie con uno o dos barridos

más del Triángulo de pie antes de mover el lápiz detrás de su espalda. Todas estas acciones requerirán algo de práctica para aparecer sin costuras.

Inmediatamente después del comando incrustado, es posible que se observen respuestas de comportamiento reveladoras en su cliente. Sus ojos pueden parpadear o agrandarse lentamente, o su cabeza puede inclinarse ligeramente hacia atrás o inclinarse hacia un lado. A veces, un cliente respirará profundamente, o la parte superior del torso o los músculos faciales se relajarán notablemente. Estas reacciones pueden leerse como transformacionales. Pueden ser el resultado de: el cambio en su tono vocal, timbre y ritmo; el movimiento repetido de los ojos de su cliente sobre el lugar del diálogo interno mientras piensa en el estado del problema; o el contenido lingüístico de la orden apelando a la mente inconsciente. La razón real, o la combinación de razones, solo se puede saber si su cliente recuerda su reacción interna durante los movimientos oculares (muchos no pueden). No tienes que preguntar en este momento acerca de sus pensamientos.

En resumen, la justificación de este comando incrustado en particular se basa en la creencia de que la posición de acceso al diálogo interno en el modelo de movimiento ocular de PNL tiene mérito y ocurre con frecuencia en toda la población. Incluso si un individuo no accede a los pensamientos a través de esta posición, los cambios en la cognición pueden ser provocados solo por los movimientos oculares o el contenido lingüístico y las mediaciones hipnóticas del comando incrustado. Estas posibilidades son creíbles, dada la evidencia clínica de que la entrada sensorial multicanal, cuando se sincroniza hábilmente y se aplica a un estado problemático, es más efectiva que la estimulación de un solo canal. En esencia, con una variedad de interrupciones de patrones que ocurren al mismo tiempo, la eficiencia y la eficacia de la terapia mejoran, al igual que el rendimiento de un programa de computadora con múltiples caminos que conducen a una única solución.

Aquí hay un guion con instrucciones para realizar el Set 2:

"*OK, Juan, mira esa experiencia en la distancia...*"

Levante su bolígrafo a la posición del ***comienzo*** cuando su cliente mire la imagen al otro lado de la habitación.

"*y enfoca tus ojos en la pluma*."

Realice varios barridos de ida y vuelta por encima del horizonte como en el Set 1 antes de comenzar los barridos del Triángulo de pie en el sentido de las agujas del reloj desde la posición INICIO.

"*Así es, Juan… estás consciente de esa experiencia, pero* ***Poderoso*** *al mismo tiempo…*"

Después de tres triángulos de pie, invierta la dirección de barrido hacia la izquierda desde la posición del ***comienzo***.

"*Hasta ahora todo bien*..."

Después de tres barridos más, invierta la dirección una vez más desde la posición del ***comienzo***.

"*Bien, bien*."

El movimiento de su bolígrafo debe ser en el sentido de las agujas del reloj en este punto. Termine el último de los barridos triangulares, luego comience los barridos de ida y vuelta por encima del horizonte desde del ***comienzo*** mientras comienza a pronunciar los comentarios.

La declaración hablada recomendada para usar con este conjunto, incluido el comando, es la siguiente:

"*Sigue pensando en esa experiencia, pero puede que descubras que…*"

Desde la posición anterior visual de su cliente, mueva el lápiz directamente hacia abajo hasta la parte superior de la posición de diálogo interno, luego muévalo hacia abajo y hacia arriba dos veces sobre esa área mientras pronuncia el comando incrustado.

"*Tus pensamientos sobre esto cambiarán*".

Vuelva a colocar el bolígrafo en diagonal en la posición del ***comienzo*** y trace dos triángulos de pie más antes de bajar el bolígrafo. Cuando el bolígrafo está detrás de tu espalda y fuera de la vista, rompes el estado diciendo: "*Mírame, Juan*" y entablas una conversación con tu cliente.

Sigue otra evaluación a medida que le indica a su cliente que revise el estado del problema nuevamente, haga las preguntas posteriores a la prueba sobre la estructura de la experiencia y solicite puntajes de intensidad y SUD. La información se registra en la Hoja de trabajo MEMI y el ciclo se repite, pero con el Set 3.

Set 3: Barridos de Ochos perezosos y triángulos de pie

El tercer Set de movimiento de ojos combina el patrón de la Figura 8 con el patrón del Triángulo de pie. Como antes, el set comienza con varios barridos de *Arriba del horizonte*. Estos son seguidos por 6 a 9 de los mismos barridos de Triángulo de pie que se realizaron en el Set 2. Los barridos siguen siendo bidireccionales y se invierten cada tres rotaciones desde el ***comienzo***. Después de estos barridos del Triángulo de pie, prepárese para presentar un reencuadre verbal combinado con un comando incrustado que se dice al mismo tiempo que se traza una Figura 8 en el centro del campo de visión de su cliente. Observe que los barridos de la figura 8 se trazan en ambas direcciones porque la figura se invierte dos veces.

La declaración hablada recomendada para su uso mientras se rastrea la Figura 8 es la siguiente, con el comando incrustado subrayado:

"*Y ahora una figura 8 justo aquí en primer plano. Esa experiencia y todo lo relacionado con ella en el lejano... fondo. Y revirtiéndolo, revirtiéndolo todo ahora*".

Diga la primera oración de la declaración, "*Y ahora una figura 8 justo aquí en primer plano*", mientras realiza los barridos por encima del horizonte y se prepara para trazar la figura 8. La segunda oración, "*Esa experiencia y todo lo relacionado con ella en el distante... fondo*", se habla mientras

traza la primera revolución del “8” y se prepara para invertir la dirección. A medida que su bolígrafo llegue a la parte superior central de la figura, manténgalo en su lugar durante un par de segundos mientras dice: "... *y lo cambia*" mientras invierte el movimiento del bolígrafo y traza el segundo "8" en el sentido opuesto de dirección. De vuelta en la parte superior, invierte la dirección por segunda vez y entona el comando incrustado "*... Cambiando todo ahora*". Además de estar incrustado, esta declaración puede considerarse un comando directo.

Las dos primeras oraciones de esta declaración incluyen reformulaciones multifacéticas.

Afirmar “*esa experiencia y todo lo relacionado con ella en el lejano... trasfondo*” resalta y refuerza la disociación terapéutica entre su cliente y el estado del problema. Ubicar la experiencia en el “*lejano. . . fondo*” denota una mayor separación espacial, pero también insinúa (debido a la pausa y la frase familiar “pasado distante”) que el evento podría estar más atrás en el tiempo. La intención es reformular los aspectos visuales, espaciales y temporales de la memoria y, al hacerlo, estimular las transiciones que resuelven las reacciones relacionadas con el trauma.

El barrido de la Figura 8 y el comando incrustado agregan dos características más a este Set.

Este Set, y la secuencia de la Figura 8 en particular, ha demostrado ser una *interrupción de patrón* muy poderosa. En este momento, el estado del problema debe estar parcialmente insensibilizado y el procedimiento de reencuadre claramente refuerza la disociación terapéutica.

“¿Listo de nuevo, Juan?”

Levante su bolígrafo a la posición del ***comienzo*** y comience varios barridos de ida y vuelta mientras dice...

“*Al igual que antes, puedes pensar en esa experiencia en el pasado, permanecer Poderoso aquí en el presente y enfocar tus ojos en el bolígrafo. ¡Bueno!*"

Comience los barridos del triángulo de pie en el sentido de las agujas del reloj desde la posición del ***comienzo***. Después de 3 rotaciones completas, cambie la dirección.

"*¿Hasta ahora todo bien, Juan?*."

Después de 3 vueltas más, invierta la dirección nuevamente. Cuando se completen estas rotaciones, mueva el bolígrafo en varios barridos hacia adelante y hacia atrás mientras dice . . .

"*Y ahora una figura 8 justo aquí en primer plano*".

Detenga su bolígrafo en la parte superior central del campo visual de su cliente, donde INICIO se encuentra en la Figura 8.3. Sostenga la pluma allí por un segundo o dos. Traza muy lentamente un "8" en cualquier dirección, dibujándolo en el aire como se muestra. El ritmo se ralentiza para permitirle suficiente tiempo para decir todo lo que se encuentra en el siguiente guion antes de que el lápiz vuelva a llegar al ***comienzo*** en la parte superior del "8".

"*Esa experiencia y todo lo relacionado con ella en el distante… fondo*."

Vuelve a pausar el bolígrafo en la parte superior por un segundo, antes de cambiar la dirección y dibujar otra figura 8 mientras dices...

"*… Y dándole la vuelta*."

Una vez de vuelta en la parte superior del "8", altere su voz y entone el comando incrustado mientras traza el segundo "8" volteado.

"*Revirtiendo todo ahora*".

Una vez de vuelta en la parte superior, deslice su pluma en algunos barridos Por encima del horizonte, haga un barrido de Triángulo de pie y mueva la pluma detrás de su espalda.

Luego se realiza otra prueba posterior de los elementos, se obtienen los puntajes de intensidad y SUD, y los resultados se

registran en la hoja de trabajo MEMI. A continuación, pasa al cuarto y último Set.

Set 4: Barridos oculares de triángulos y círculos

Los movimientos iniciales de los ojos y las instrucciones habladas en el Set 4 son similares a los de los sets anteriores. Pero este conjunto agrega un barrido de 3 puntos en el lado derecho de su cliente (Triángulo sentado) para atravesar la ubicación de los estados emocionales al final del conjunto.

Las acciones de movimiento ocular en el Set 4 son:

I.- Barridos por encima del horizonte.

II.- Barridos de triángulo de pie.

III.- Barridos de círculos de contracción.

IV.- Barridos de Triángulo Sentado.

V.- Un replanteamiento verbal mientras los círculos se reducen de tamaño (como parte de los círculos que se reducen).

VI.- Un comando incrustado cerca del final del conjunto (pronunciado mientras el lápiz se mueve hacia arriba y hacia abajo sobre la posición de acceso a los sentimientos).

Guion de aplicación:

"*Está bien, Juan, aquí vamos de nuevo*".

Levante el bolígrafo a la posición del ***comienzo*** y trace varios barridos de ida y vuelta por encima del horizonte.

"*Todavía consciente de esa experiencia, pero siguiendo de cerca la pluma con los ojos*".

Es posible que no necesite disparar el ancla poderosa en este punto; el estado del problema puede haber sido suficientemente insensibilizado por conjuntos anteriores. Los

primeros barridos del triángulo de pie se trazan en el sentido de las agujas del reloj desde la posición del ***comienzo***, como en las series anteriores.

Después de tres rotaciones completas, la dirección se invierte.

"*¡Muy bueno!*"

Al final de tres rotaciones, usted se prepara para iniciar las afirmaciones de los Círculos que se encogen moviéndose desde la posición del ***comienzo*** hacia algunos barridos de ida y vuelta *Por encima del horizonte*.

Mueva su bolígrafo a la parte superior central del campo visual donde se encuentra el ***comienzo*** y manténgalo allí durante uno o dos segundos. Mientras traza el círculo más grande (el más exterior) en cualquier dirección, diga...

"*Y ahora un círculo... que abarca (o contiene) todo*".

Traza el próximo círculo más pequeño y cada círculo sucesivo en la dirección opuesta. A medida que traza estos círculos, sincroniza el ritmo de los movimientos del bolígrafo con sus palabras habladas.

"*Y dándole la vuelta. Y se está volviendo más pequeño... y más pequeño... y más pequeño... y más pequeño... encogiéndose hasta el tamaño de una semilla*".

Trace el último círculo, literalmente del tamaño de una semilla, varias veces antes de pasar a barridos de ida y vuelta.

"Así es."

Desde la posición del ***comienzo***, comience a trazar los barridos del Triángulo Sentado en el sentido de las agujas del reloj. Como antes con los triángulos de pie, invierta la dirección desde la posición del ***comienzo*** cada tres vueltas. A medida que completa la última vuelta, mueva su bolígrafo en 2 o 3 barridos por encima del horizonte y diga la primera parte de la declaración hablada...

"*No sabes cuándo, pero… estás deseando que llegue el momento en que…*"

Mueva su lápiz en un barrido hacia abajo desde la posición del ***comienzo*** y entone el *comando incrustado* mientras el lápiz se mueve hacia abajo y hacia arriba tres veces solo sobre la ubicación de la *zona de Sentimientos*. Las palabras "*disminuir, disolver y desactivar*" se pronuncian junto con los trazos hacia abajo sobre la ubicación de la *zona de los sentimientos*.

"*… tus sentimientos disminuirán… se disolverán… se desactivarán*".

Concluya con un par de barridos del Triángulo Sentado en cualquier dirección antes de quitar el bolígrafo de la vista. Realice otra prueba posterior de los elementos, obtenga los puntajes finales de la escala de Intensidad y de la escala SUD, y registre los resultados en la hoja de trabajo MEMI.

El uso del patrón *Shrinking Circles* en el cuarto set tiene un doble propósito. Primero, usar la frase "*abarcando todo*" al dibujar el círculo inicial crea una metáfora visual-espacial que da a entender que todos los elementos del estado del problema están encapsulados dentro de ese círculo.

Debido a que están contenidos, también se puede actuar sobre ellos. En segundo lugar, el lenguaje: "*Y se está haciendo más pequeño… y más pequeño… y más pequeño… y más pequeño…encogiéndose hasta el tamaño de una semilla*" a medida que los círculos encogen de tamaño es otra metáfora que implica somática y las reacciones emocionales también se están reduciendo o minimizando.

Los movimientos oculares sobre esta área se dejan hasta el final de esta serie por la razón de que aquí pueden ocurrir reacciones somáticas y emocionales intensas o abreacciones, ya que se está accediendo a esa zona inferior a la derecha del consultante donde se conecta con esto, según se ha experimentado en la PNL.

7. Estructura de prueba de los elementos de la experiencia.

Los elementos a evaluar (Contexto, Pensamientos, Información Sensorial y Sentimientos) se extraen del Modelo de Estructura de la Experiencia extraído de la PNL.

Los cambios en estos elementos después de los conjuntos de movimientos oculares afectarán naturalmente al cliente y se reflejarán en las escalas *I y SUD*, casi siempre en sentido positivo. Hay que registrar los cambios en el estado del problema, las puntuaciones I y las puntuaciones SUD en la hoja de trabajo MEMI después de cada serie de movimientos oculares.

Contexto

El contexto se refiere a los detalles de una experiencia traumática seleccionada para enfocarse durante los movimientos oculares, literalmente el "quién, qué, cuándo y dónde" del estado del problema. En el momento de la prueba previa, le pide a su cliente que proyecte una imagen visual del evento en una superficie al otro lado de la habitación, tome una instantánea rápida y rápidamente vuelva a concentrarse en el presente.

La divulgación de los detalles sobre el evento es totalmente opcional para el consultante, no se le ocurra obligarlo. En lugar de hacer las cuatro preguntas después del segundo Set de movimientos oculares y más allá, simplemente puede preguntar: *"¿Hay algún cambio en el contexto? ¿Algún cambio en lo que sucedió o en quién estaba allí?"*

Pensamientos

Pensamientos es otra palabra para designar las creencias o cogniciones. En la prueba previa, pregunta: "*¿Qué pensamientos tiene sobre esa experiencia?*"

Después de que se establece el movimiento de los ojos, puede preguntar: "*¿Qué pensamientos se le ocurren ahora?*" *o "¿Qué te escuchas decir sobre esa experiencia ahora?"*

Los clientes a veces no son conscientes de sus pensamientos, o incluso dicen que no tienen ninguno. Tienen

pensamientos, pero pueden pensar que no los tienen. Puede facilitarle a que tome consciencia de estos.

Información sensorial

El siguiente elemento probado y vuelto a probar es la información sensorial. Las respuestas del cliente pueden ser visuales (una imagen), auditivas (un sonido), olfativas (un olor) o gustativas (un sabor), aunque casi siempre son visuales o, con poca frecuencia, auditivas. Solo para reiterar, las imágenes visuales y las reacciones viscerales y emocionales a los recuerdos traumáticos ocurren con más frecuencia que otras modalidades de respuesta, los clientes las experimentan como más intensas y juegan un papel más importante en la desensibilización de la memoria. Por lo tanto, es importante identificar las cualidades de estas reacciones durante la prueba previa. Los siguientes son ejemplos de comentarios y preguntas que puede hacerle a su cliente con respecto a la información sensorial:

"*La información sensorial puede ser cosas que ves, escuchas, hueles o saboreas. ¿Qué sensaciones acompañan el recuerdo de tu memoria? ¿Las imágenes que ves están cerca o lejos? ¿Qué son los sonidos? ¿Son fuertes o suaves? Compararemos estas respuestas con cualquier cambio que ocurra después de cada ronda de movimientos oculares*".

Sentimientos

Los tres tipos de Sentimientos (sensaciones viscerales, emocionales y táctiles) deben explicarse a su cliente de antemano y luego preguntarle.

Debido a que los clientes generalmente describen solo unas pocas cualidades sensoriales asociadas con un estado problemático, no es necesario preguntar acerca de todos los pares opuestos. Sin embargo, al menos debe preguntar sobre las cualidades visuales (es decir, ¿cerca o lejos?, ¿brillante o tenue?, etc.) impresas en la hoja de trabajo MEMI. Si su cliente tiene dificultades para identificar las cualidades de una imagen, puede revisar la lista completa en esta sección o preguntar sobre las

cualidades que no figuran en la lista. Pero siempre use preguntas sensoriales de *polos opuestos*, lo que fomentará una elección. El objetivo, por supuesto, es identificar las reacciones sensoriales prominentes en la prueba previa para que se puedan hacer comparaciones después de conjuntos de movimientos oculares.

8. Toma de lecturas de Escala de Intensidad y Escala SUD.

Una nueva evaluación diseñada específicamente para esta terapia, llamada *Escala de intensidad* (I-Scale), mide microcambios en la fuerza de las reacciones del cliente a los sentimientos e imágenes asociados con eventos traumáticos. La Escala de Unidades Subjetivas de Angustia (Escala SUD), utilizada comúnmente en la práctica médica y de salud mental, proporciona una medida global, en sesión, de la angustia o perturbación percibida en relación con todo el estado del problema.

Deninger notó un ajuste aún más estrecho con las otras dos evaluaciones de MEMI. El PCL-5 compartió varias características con la nueva I-Scale, particularmente en la forma en que ambos evalúan la información sensorial del PTSD y las reacciones de los sentimientos. Además, las opciones de respuesta para el PCL-5 y el I-Scale se estructuraron de manera similar. Cada uno usó una escala tipo Likert con cinco respuestas posibles, que arrojaron puntajes de 0 a 4 y representaron la intensidad de las reacciones del cliente a los síntomas del PTSD (I-Scale), o qué tan molestos estaban los clientes con los síntomas (PCL-5). La Escala SUD (Wolpe, 1969) también mide el nivel de angustia de un cliente, pero en relación con el estado del problema completo y no con los síntomas individuales como lo hacen PCL-5 e I-Scale.

Puede usar el siguiente guion para presentar I-Scale y SUD Scale a su consultante:

"*Después de cada serie de movimientos oculares, te pediré dos puntajes diferentes. El primero será una puntuación de 0 a 4 que exprese cuán intensas son sus reacciones a las imágenes visuales y los sentimientos asociados con este recuerdo. Cero es*

igual a ninguna intensidad y 4 es la intensidad más alta. Explicaré cómo funciona a medida que avancemos.

"*La segunda puntuación medirá cuán angustiante o perturbador es todo el recuerdo después de cada serie de movimientos oculares. Este es un porcentaje de 0 a 100 %, donde el 0 % representa ninguna angustia y el 100 % la peor angustia posible. Antes de comenzar, esta puntuación general se establece arbitrariamente en 100 %, lo que significa que el recuerdo en su conjunto es tan angustioso como lo suele recordar. Después de cada serie de movimientos oculares, te preguntaré si el recuerdo es igual o diferente, qué cambió y si los cambios lo hacen mejor o peor. Si es mejor, su puntaje bajará al 90%, 80% o 70%. Si es peor, subirá.*

Tomaremos lecturas de intensidad y puntaje general después de cada set de movimientos oculares".

Si la puntuación se ha reducido al 50 % de la escala SUD, puede preguntar: "¿Cree que los síntomas serán manejables ahora?" o "¿Crees que podrás manejar tus reacciones a esta experiencia cuando pienses en ella en el futuro?" En cualquier caso, la autoridad final para decidir cuándo detener las series de movimientos oculares debe ser su consultante.

Cuando los síntomas de su cliente se han desensibilizado con éxito y se ha tomado la decisión de interrumpir los movimientos oculares, *es importante celebrar esa victoria*, aunque sea de una manera pequeña. En ese momento, simplemente puede decir:

"*Felicitaciones*" o "¡*Buen trabajo*!" Podrías levantar tu mano para que tu consultante choque su mano con la tuya. Chocar los cinco refuerza el logro y casi siempre trae una sonrisa a la cara del cliente.

9. Registre los resultados en la hoja de trabajo MEMI.

La hoja de trabajo MEMI proporciona un mecanismo para observar y registrar el progreso después de cada conjunto de movimientos oculares. Se documentan las respuestas

neurofisiológicas, los cambios cognitivos y los cambios en el contexto de un evento traumático.

Preguntas posteriores a la prueba

Una vez que se haya completado la prueba previa (Paso 3 del protocolo MEMI), infórmele a su cliente que le hará tres preguntas después de cada serie de movimientos oculares.

1. "¿Es igual o diferente?"

2. "¿En qué se diferencia?"

3. "¿Ese cambio lo hace mejor o peor?"

También explicará que, si la respuesta posterior a la prueba es mejor en comparación con la prueba previa, esto también podría resultar en una mejora de las puntuaciones de intensidad y SUD.

Después del primer conjunto de movimientos oculares, rompa brevemente el estado conversando con su cliente. Luego diga: "*Está bien, mire hacia afuera ahora y dígame, ¿es igual o diferente?*" Los clientes a veces preguntan qué significa la pregunta, tal vez buscando una aclaración sobre lo que se espera. En lugar de guiar a tu cliente (lo cual es evidentemente innecesario), simplemente di: "*Diferente en cualquier forma que percibas*".

Si su cliente dice que no está seguro, puede preguntar si alguna de las características individuales de la prueba previa ha cambiado. Por ejemplo, *"¿La presión que sintió en el pecho es igual o diferente?"*

Si su cliente responde: "Igual", pase al siguiente elemento. Si su cliente responde "*Diferente*", haga la segunda pregunta: "*¿Cómo es diferente?*" Las respuestas iniciales generalmente se referirán a cambios en las imágenes y sentimientos obtenidos como parte de la prueba previa, no al contexto o pensamientos. Los clientes pueden informar que la imagen es más difícil de ver, menos viva o más lejana; los sonidos están silenciados; y/o los síntomas emocionales o viscerales han disminuido. No dude en

utilizar el Metamodelo PNL para aclarar las respuestas del consultante.

10. Realice ensayos futuros y ejercicios de autoapreciación.

El último paso en el protocolo tiene dos partes. En el primero, probará la reacción de su cliente al estado del problema en algún escenario imaginado en el futuro. Esta es una prueba final de la eficacia y durabilidad del tratamiento. La segunda parte del décimo y último paso del protocolo crea una oportunidad para que usted y su cliente revisen todos los cambios o mejoras que se lograron durante la sesión y honren esos logros.

Primera parte: Ensayo futuro

Para presentar esta primera parte del Paso 10, puede hacer la siguiente declaración:

"*Antes de terminar una sesión, me gusta preguntar a los clientes cómo creen que les irá después de irse. Probamos esto con una actividad llamada el ensayo futuro. En un minuto, te voy a pedir que uses tu imaginación para ubicarte en alguna situación en el futuro en la que esos sentimientos y sensaciones negativas que solías tener puedan desencadenarse. ¿Puedes pensar en un momento o lugar en el que eso podría suceder?".*

Espere una respuesta afirmativa.

"*OK. Ahora, tómate hasta 30 segundos para imaginarte en esa situación futura. Puedes hacer esto con los ojos abiertos o cerrados. Presta atención a cómo pensará y se sentirá al respecto en ese momento. Cuando termines, cuéntame cómo fue tu experiencia*".

Los clientes por lo general informan que sus reacciones han mejorado drásticamente, al igual que después de la última serie de movimientos oculares. Si la ansiedad persiste, relacionada con el evento futuro (normalmente sería de naturaleza menor), se puede realizar otra serie de movimientos

oculares enfocándose en esa situación futura.

Segunda parte: Autoapreciación

Esto le brinda la oportunidad de reforzar todas las mejoras realizadas durante la sesión, ayudar a su cliente a honrar lo que ha logrado y disparar el ancla de recursos por última vez. El siguiente guion es un ejemplo de lo que podría decir durante este paso final del protocolo:

"*Tenemos un breve ejercicio más antes de terminar hoy. Se llama autovaloración. Lo que me gustaría que hicieras es cerrar los ojos y pensar en todos los cambios que has hecho hoy. Todavía tienes un recuerdo de ese evento, pero ahora es diferente*".

Cite algunos de los cambios realizados en el estado del problema.

Los animo a honrar los cambios que han hecho. "*Hiciste esto simplemente aprendiendo a pensar, sentir y experimentar ese evento de una manera diferente. Tómese un momento para apreciar todo lo que ha logrado*".

Permita que pasen unos segundos.

"*Y recuerda siempre el Poderoso sentimiento que puedes crear en ti mismo cuando quieras*."

Dispara el ancla de nuevo.

"*... Así es. Poderoso. Poderoso. Ahora, mientras abre los ojos, traiga todos esos recursos aquí con usted. Bien, bien. Muy bueno*."

Para cerrar la sesión, tiene la opción de preguntar qué piensa su cliente sobre el trabajo que han hecho juntos. Los clientes a veces preguntan cómo funciona MEMI. Si cree que una explicación beneficiará a su cliente, puede hacer una declaración como la siguiente:

"*MEMI se basa en la creencia de que los movimientos*

oculares funcionan junto con nuestros pensamientos, sentimientos y reacciones físicas a nuestras experiencias. Entonces, si sus ojos suben aquí... es posible que esté procesando una imagen del pasado".

Señale la posición pasada visual.

"*Si tus ojos están ahí abajo... es posible que estés hablando contigo mismo*".

Señale la posición de diálogo interno.

"*Déjame darte un ejemplo. Si piensa en un accidente automovilístico que tuvo y ve vidrios rotos a su alrededor, como si estuviera allí de nuevo, es probable que sus ojos se muevan a un lugar en particular cada vez que recuerde esa experiencia. Los creadores de esta terapia teorizaron que si pensara en un recuerdo difícil mientras sus ojos seguían un bolígrafo que se movía frente a usted, interrumpiría la forma en que su cerebro procesa esa información y su reacción a la experiencia podría mejorar. Y eso es exactamente lo que sucede. Por supuesto, es un poco más complicado, pero eso es todo en pocas palabras*".

Observaciones clínicas de Deninger

Después de usar MEMI con cientos de clientes, Deninger hizo descubrimientos interesantes:

I.- *La reestructuración cognitiva no es necesaria*. Encontró que las declaraciones de creencias sobre experiencias traumáticas se reorganizan automáticamente, junto con, o más probablemente como resultado de, mejoras en las reacciones cinestésicas y sensoriales al trauma recordado. Inevitablemente, cuando los clientes se vuelven menos reactivos física y emocionalmente y la representación visual pierde potencia, los pensamientos sobre la experiencia se vuelven menos negativos y más benignos. Uno solo necesita preguntar: "¿Cuáles son sus pensamientos ahora?" La reestructuración cognitiva se usa con poca frecuencia con MEMI, generalmente solo cuando un cliente no está seguro de aceptar el tratamiento.

II.- No es necesario conectar todas las posiciones de acceso a la PNL entre sí para desensibilizar un estado problemático.

III.- El centro del campo de visión (directamente en el horizonte, o justo encima o debajo de él) es un lugar donde los clientes frecuentemente visualizan experiencias, también confirmado por Dilts (2000) y Andreas y Andreas (1993).

IV.- El uso de sugerencias verbales estratégicas (reencuadres, órdenes directas e integradas) junto con movimientos oculares hacia las posiciones de acceso específicas aumenta la eficiencia y la eficacia del tratamiento.

V.- Cuando los clientes describen experiencias traumáticas, las representaciones internas que se citan con más frecuencia, y las más problemáticas y sintomáticas, son las imágenes visuales y los estados de sentimiento (viscerales y emocionales).

VI.- Previamente, no se prestó suficiente atención a los pensamientos (cogniciones) asociados con los recuerdos traumáticos al usar la integración del movimiento ocular. Los clientes pueden informar que no son conscientes de los pensamientos relacionados, incluso decir que no tienen ninguno. Sin embargo, existen, y es importante que los terapeutas obtengan los pensamientos durante las pruebas previas para permitir comparaciones después de las intervenciones de movimiento ocular.

VII.- Cambiar pensamientos irracionales relacionados con experiencias traumáticas a narrativas racionales con reestructuración cognitiva es innecesario cuando se usa esta terapia. Las cogniciones se alteran espontáneamente cuando se desensibilizan las reacciones somáticas y sensoriales a los estados problemáticos.

VIII.- Hay momentos en que los clientes no recordarán todo el contexto de un evento, pero esto no excluye la existencia de pensamientos negativos, información sensorial o sentimientos relacionados con él. En estos casos, los elementos distintos del contexto pueden, no obstante, ser insensibilizados con éxito.

IX.- En ocasiones, la imagen asociada a un recuerdo se vuelve menos distinguible, pero las emociones o sentimientos viscerales asociados siguen siendo los mismos o incluso empeoran. Si esto ocurre, puede pedirle a su cliente que esté especialmente atento a esos sentimientos no resueltos durante la próxima serie de movimientos oculares. Incluso puede agregar una declaración verbal sin guion que refleje la conciencia del cliente de esos sentimientos a medida que se realizan los movimientos oculares. En otras palabras, se presta especial atención a los síntomas somáticos o las emociones durante la serie siguiente.

Manejo de abreacciones

Debido a que los movimientos oculares están inherentemente asociados con las respuestas neurofisiológicas a las experiencias humanas, una forma de interrumpir las reacciones habituales a un trauma es establecer contacto visual. Esta técnica se utiliza para romper el cambio de estado del enfoque de un cliente lejos de las imágenes traumáticas e interrumpir las reacciones físicas y emocionales. Para interrumpir una ***abreacción*** —arrebato emocional intenso e involuntario— del consultante se le puede decir, con voz calmada y firme, transmitiendo protección: "*Abre los ojos y vuelve aquí, mírame ahora*", o "*Deja de mirar hacia allá, mejor ahora mírame a mí*". Si las reacciones de su cliente aumentan, puede pausar los movimientos oculares, hacer que establezca contacto visual y pedirle que respire larga, lenta y profundamente. También puede disparar el ancla de recursos una vez más. Desviar la atención de su cliente de la experiencia proyectada en la sala es otra forma de obstaculizar su conexión con el estado del problema. Otro recurso es solicitarle si le puedes estrechar la mano, para que tenga un asidero donde se sienta seguro.

Antes de una abreacción, los músculos faciales del cliente pueden tensarse, sus mejillas pueden sonrojarse o perder color, sus mandíbulas pueden apretarse o sus ojos pueden empañarse. Estas se llaman señales micro conductuales. Gentry (E. Gentry, comunicación personal con Deninger, 2017) cita signos adicionales de abreacciones: sacudida de piernas; retorciéndose

las manos; postura fetal; ojos fijos hacia abajo; habla plana o presionada; y uso de lenguaje en primera persona al describir el trauma. Llame la atención de tu cliente silbando, agitando las manos o gritando su nombre. Luego pregúntele si les gustaría recibir ayuda para salir del estado emocional de abreacción. Busque una respuesta afirmativa. Una vez afirmado, haga lo siguiente:

1. Pídale a su consultante que describa tres objetos por encima del nivel de los ojos en la habitación (una vista elevada para evitar visualizaciones de estados problemáticos).

2. Pida a su consultante que identifique tres sonidos reales en la habitación o en los alrededores.

3. Entregue a su consultante tres objetos diferentes uno a la vez (p. ej., un lápiz, un clip para carpetas y una libreta) y pídale que describa la forma y la textura de cada uno.

Ya sea por la vía cognitiva (efecto de arriba hacia abajo: visualizar lugar seguro o un ser que le emita confianza, distracciones con preguntas racionales), o por la autopista sensorial (efecto de abajo hacia arriba: anclaje positivo, respiración, toma de tierra o centramiento, acciones sensoriales, tapping), el objetivo es activar la respuesta parasimpática (relajación) y cortar una abreacción, interrumpiendo una disociación inadecuada.

Breviario de casos y variantes

A.- Investigaciones sobre MEMI

Aunque todavía no se han llevado a cabo estudios de eficacia del tratamiento a gran escala de MEMI, se realizó un pequeño estudio clínico utilizando esta terapia con pacientes con PTSD. El propósito del estudio fue determinar si un instrumento de autoinforme de TEPT validado sería compatible con el protocolo MEMI. A todos los sujetos del ensayo se les diagnosticó PTSD según los resultados de la Lista de verificación de PTSD (PCL-C) desarrollada por el Centro de PTSD del Departamento de Defensa de EE. UU., y la PCL-C demostró ser una buena opción para usar con el protocolo MEMI. Además, ninguno de los sujetos calificó para un diagnóstico de TEPT

después del tratamiento. Se incluye un resumen del estudio MEMI como Apéndice D. Debido al pequeño tamaño de la muestra, los resultados no pueden generalizarse (Deninger, 2021).

B.- La investigación en el EMI original

En el EMI original, los Andreas no dejaron protocolos establecidos, por lo que no se han realizado investigaciones científicas al respecto. Solamente se hicieron experimentaciones clínicas, algunas grabadas, con consultantes y se extrajeron conclusiones y testimonios.

Es en la variante EMI de Beaulieu (2003) que se han realizado algunas investigaciones, según se analizó en el capítulo anterior.

C.- PCL-5 en español

Desarrollada por el Centro de PTSD del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. (Weathers et al., 2013), la lista de verificación está alineada con los criterios de diagnóstico de PTSD del DSM-5 y ofrece una medida validada de los resultados del tratamiento antes y después. Con solo 20 preguntas de opción múltiple, la lista de verificación se puede completar en aproximadamente 10 minutos. La lista de verificación normalmente se vuelve a administrar de dos a ocho semanas después de que se haya completado el tratamiento, lo que hace posible la comparación de resultados antes y después. Puede descargar el PCL-5 en español aquí:

https://cptforptsd.com/wp-content/uploads/2018/05/PCL-5-Spanish-version.pdf

Incluso si su consultante no califica para un diagnóstico de PTSD, los datos de PCL-5 aún pueden ser útiles como una medida práctica de reducción de síntomas. Por ejemplo, si su consultante no cumple con todos los requisitos para un diagnóstico de PTSD, pero tiene puntajes muy altos de reexperimentación en la lista de verificación, los elementos que miden esos síntomas aún podrían compararse antes y después

del tratamiento.

D.- Trabajar MEMI con otras técnicas.

MEMI se puede adaptar para trabajar con las siguientes técnicas: Brainspotting, Ejercicio básico de Stanley Rosenberg, EFT, PNL, Un Ojo por Vez, entre otras.

Referencias

Andreas, Steve, & Faulkner, C. (1998). PNL la nueva tecnología del éxito. Barcelona: Urano

Andreas, Steve (1993). Demostración de EMI en el 5º Congreso Internacional sobre Enfoques Ericksonianos de Hipnosis y Psicoterapia.

Deninger, Mike (2021). Multichannel Eye Movement Integration. The brain science path to easy and effective PTSD treatment. Ed. Gracie: USA

Klein, R. (2015). Eye Movement Integration™ manual. American Hypnosis Training Academy: Silver Spring, MD.

18.- LA NECESIDAD Y LA INTENCIÓN POSITIVA

"La buena conciencia no significa más que: puedo estar seguro de que aún formo parte del grupo. Y la mala conciencia significa: tengo que temer que ya no formo parte del grupo. Así, pues, la conciencia tiene poco que ver con leyes y verdades siempre válidas, y esto se debe a que es relativa y varía de grupo en grupo".

Bert Hellinger (2001)

*El aspecto clave para entender, manejar y sustentar con el paciente es que, la pérdida del contacto con aspectos del yo, refleja una reacción **auto protectora**, y que es bueno protegerse a sí mismo.*

David Grand (2013)

Cuando nuestros padres nos llegaron a golpear físicamente en nuestra niñez, su intención no era asesinarnos. Su intención positiva era educarnos, disciplinarnos.

En el medio penitenciario, en el que he trabajado por más de 20 años como psicólogo, he visto variedad de intenciones positivas y necesidades a satisfacer de los prisioneros que cometieron delitos graves o leves.

Por intención positiva no se está refiriendo a un juicio moral. Se refiere a la intención dirigida a cubrir una necesidad o carencia, independientemente de que se rompan códigos morales o de seguridad pública. Por eso, entender la intención positiva de una persona es uno de los puntos de partida para entender sus motivaciones, emociones y comportamiento, para luego saber cómo se le puede ayudar psicológicamente.

Las distintas posiciones perceptivas en PNL (Yo, Tú, Él/Ella y Nosotros) nos sitúan en todos los puntos de vista posibles para poder develar las *intenciones positivas* involucradas en un proceso de comunicación, dando la oportunidad de lograr una mejor integración y resolución de un conflicto.

En la Comunicación No Violenta —desarrollada por Marshall B. Rosenberg, Doctor en psicología clínica, educador y reconocido mediador en conflictos internacionales— se maduró desde un sincero y profundo deseo de aportar más compasión y comprensión a las relaciones humanas.

Siendo consciente de los efectos negativos que generan el etiquetar y diagnosticar, llega a la convicción de que la creación de un mundo pacífico implica la eliminación de un lenguaje que genere culpa, vergüenza, juicios, crítica y exigencias, pues contribuyen a la violencia en las relaciones humanas.

La Comunicación No Violenta se basa en dos planos: la intención de tolerancia y la búsqueda de una cualidad de conexión, todo esto a través de 4 pasos:

1.- La ***observación sin juicio***: separar lo que vemos de lo que pensamos.

2.- El ***sentimiento*** que sentimos en relación a lo que vemos y a lo que pensamos.

3.- Qué ***necesidades*** cubiertas o no cubiertas hay detrás de esos sentimientos.

4.- Qué ***peticiones*** voy a pedir para enriquecer mi vida y la de los demás.

Y tiene dos facetas: la expresión honesta de uno mismo (o asertividad) y la escucha respetuosa del otro (o empatía).

"*Un importante supuesto del que partimos en el Proceso de Transformación Esencial es que cada uno de nuestros comportamientos, sentimientos y reacciones tienen un* ***propósito positivo****; incluso aquellas cosas que más nos disgustan de nosotros. Hay que aprender a comunicarnos con nuestros aliados internos*"

Connirae & Tamara Andreas, expertas en PNL (1998)

Fritz Perls, co-creador de la Terapia Gestalt, menciona (1974) que "*Podría hacer un poco de hincapié sobre todo con un sabio proverbio antiguo, que dice: 'El camino al infierno está pavimentado de buenas intenciones'. Desde el mismo momento en que uno toma una decisión de operar un cambio en uno mismo, se abre el camino al infierno, porque no se puede lograr. En la medida que se pelea con un síntoma, éste se agrava. Si uno asume la responsabilidad de lo que está haciendo en el ahora, cómo uno produce su propia enfermedad, cómo uno produce su existencia —en el mismo momento en que uno se pone en contacto con uno mismo—, empieza el crecimiento, comienza la integración*".

Tanto en Terapia Gestalt como en Hipnosis Ericksoniana se busca que las resistencias se conviertan en asistencias.

En Gestalt, hay que explorar si en las intenciones hay alguna pelea de *perros* —el de arriba contra el de abajo— o de otras polaridades, para explorar auto sabotajes y posibles compensaciones negativas.

No hay partes malas: IFS de Richard Schwartz

IFS —*Internal Family Systems*— es un enfoque fenomenológico con 40 años de desarrollo, habiéndose realizado varios estudios de resultados y, con base en ellos, se ha logrado lo que se llama una posición basada en evidencia con una organización llamada SAMHSA, que es una agencia federal de EE.UU.

Menciona Schwartz: "*Ante la parte —subpersonalidad— de una cliente me derrumbé y, de repente, dije: 'No puedo vencerte con esto'. Y la parte decía que no quería vencerme. Ese fue el punto de inflexión, porque sentí curiosidad y le pregunté a la parte por qué hizo lo que hizo, y habló sobre cómo necesitaba proteger a la cliente de cuando estaba siendo abusada sexualmente cuando era niña, y una forma de hacerlo sería sacarla de su cuerpo, y podrías hacerlo cortando —la cliente tenía episodios en los que se autoagredía hiriéndose la cara—.*

Luego cambié de nuevo. Ahora aprecio el papel heroico que jugó en su vida. Se lo transmití y rompió a llorar porque todos lo habían demonizado. Entonces, al hablar más sobre esa parte, me enteré de que todavía estaba congelada en el tiempo durante esas escenas de abuso sexual y vivía como si pensara que tenía cinco años, y protegía otras partes vulnerables, etc. Llevaba estas creencias y emociones extremas que provenían de esos traumas que impulsaron la forma en que operaba, casi como un virus, como el coronavirus.

Con todo eso, comencé a pensar que tal vez estas partes no son lo que parecen, tal vez como niños en una familia que se ven obligados a desempeñar un papel extremo debido a la dinámica de la familia, que pueden liberarse de ese rol extremo cambiando la dinámica de la familia, tal vez así es como son. Procedí a hacer el mismo proceso de sentir curiosidad, hacer que mis clientes sintieran curiosidad por estas partes tan dañinas. Ahora, 40 años después, habiendo trabajado con partes que han matado a personas, partes que han abusado sexualmente de niños pequeños, puedo decir con bastante seguridad que no hay partes malas, todas están atrapadas en el pasado, haciendo todo lo posible para mantenerlo a salvo y llevar estas cargas,

creencias y emociones".

IFS representa un paradigma radicalmente diferente para comprender la mente humana que tiene muchas implicaciones para muchas cosas en nuestra cultura, incluida la forma en que se trata o prejuicia a los delincuentes sexuales y presos en general. Porque nuestra cultura, y también muchas psicoterapias, demonizaron varias partes de nosotros y piensan que son lo que parecen ser, lo que nunca resulta ser la verdad.

Resulta que lo que llamó *partes* son piezas de la naturaleza de la mente tenerlas, y esto es realmente algo bueno porque *todas son valiosas*. Tienen valiosos talentos y recursos que nos pueden prestar para ayudarnos en nuestra vida. Y estas partes a veces se ven obligadas a salir de esos estados naturalmente valiosos para desempeñar roles destructivos.

Afirma Schwartz que, al principio de sus descubrimientos sobre IFS, no era ecológicamente sensible. Las ecologías del trabajo interior intenso tienen sus reglas. ***Estaba pasando por alto a las partes protectoras y se iba directo a las partes exiliadas sin su permiso, por lo que eran lo que llamamos una reacción violenta contra un cliente***. Tuvo clientes que les ocurrió un accidente al salir de su oficina, no ver otro auto, o un pico de fiebre inmediatamente después. ***Entonces tuvo que identificar, respetar y negociar con las partes protectoras, que a veces desempeñan funciones como de gerentes, administradores o bomberos para proteger nuestras partes exiliadas que están "secuestradas" o "protegidas" hasta el fondo de nuestro interior y que, cuando finalmente se llega a ellas, se descarguen liberadoramente y el trauma sea resignificado por el Ser o Flor de Loto de la que hablan los asiáticos.***

Las ***partes protectoras*** pueden ser críticas, arrogantes, iracundas, disociadas, negativistas, hiperactivas, distraídas, delincuentes, baja autoestima, auto saboteadoras, intelectualizadoras, miedosas, ansiosas, depresivas, seductoras, evitativas, procrastinadoras, compulsivas, obsesivas, adictas, etcétera.

En los conflictos y discusiones suelen intervenir partes

protectoras de las personas involucradas, sean pareja, compañeros de trabajo o extraños. Otra cosa sería si hablaran desde su Ser Esencial, al que Schwartz ve como un campo y no como un punto.

Básicamente, estamos compuestos por una personalidad y el Ser. La personalidad sería el conjunto de partes que hemos ido construyendo a lo largo de nuestra vida con lo que hemos aprendido, experimentado y recibido.

El **Ser** es la globalidad, meta consciencia o campo auto líder que, según IFS, tiene ***8 características*** con las cuales se manifiesta y nos guía hacia la autorrealización: ***curiosidad, calma, confianza, compasión, creatividad, claridad, coraje (valentía) y conexión***. Y es este Ser al que se aspira llegarse desde las meditaciones, oraciones, mantralizaciones, yogas, algunas psicoterapias, sistemas espirituales y hasta por medios de sustancias psicoactivas. Este Ser, a través de preguntas, negociaciones y sugerencias —coloreadas con alguna o algunas de esas 8 características— que les hace a las diversas partes de nuestra personalidad —protectoras y exiliadas—, a quienes respetará, reconocerá y agradecerá en todo momento por las intenciones positivas que echaron a andar su formación y supervivencia.

Breviario de casos y variantes

A.- La técnica **Construcción del yo Interno Competente** puede ser preparatoria para el tratamiento de Brainspotting y EMDR (Grand, 2013) y es la que puede construir un estado del *yo adulto* desde y con el consultante. Prueben de tener al paciente imaginando situaciones donde está protegido (física, verbal y emocionalmente) por sí mismo de una manera adulta e instalen la imagen, afecto y experiencia corporal con sets de movimientos oculares muy lentos y muy breve.

B.- Arquetipos como roles históricos y subpersonalidades

Más allá de considerarlos como roles históricos o

patrones psicológicos heredados por el inconsciente colectivo, a los arquetipos los podemos ver como partes de nuestra personalidad, es decir, como subpersonalidades. Por eso, el mazo de cartas de 74 arquetipos elaborado por Caroline Myss es muy útil a este respecto cuando estamos trabajando los egos, yoes o subpersonalidades.

De hecho, algo muy importantes de estas cartas es que señalan un aspecto luminoso (intención positiva) y un aspecto sombrío, o sea, muestran la polaridad de cada arquetipo.

C.- Virginia Satir y la intención positiva

Uno de los aspectos más poderosos del trabajo de Virginia Satir —gran referente en la terapia familiar— fue su suposición de que *todas las intenciones serán positivas, sin importar cuán horrible fuera el comportamiento*, y el uso de estas intenciones positivas como una base firme de acuerdo a partir del cual buscar sentimientos, comunicación y comportamientos más positivos (Andreas, 1991). En al menos una ocasión, Satir facilitó un grupo que incluía tanto a un sobreviviente del campo de exterminio nazi como a un ex guardia del mismo campo, ayudándolos con éxito a entenderse y encontrar su humanidad común. Incluso cuando no lo verbalizó, Virginia ***siempre presupuso intenciones positivas y distinguió entre intenciones y comportamiento***. Percibir que alguien tiene buenas intenciones cambia nuestra respuesta cuando la persona exhibe un comportamiento problemático. Significa que podemos estar de acuerdo con la intención de la persona y validar su humanidad, aunque todavía no nos guste su comportamiento. En lugar de discutir o pelear, podemos unirnos en la búsqueda de comportamientos alternativos que satisfagan y validen a ambos en la relación.

Referencias

Andreas, Connirae y Andreas, Tamara (1998). “La Transformación Esencial. Guía práctica de autodescubrimiento con PNL”. Gaia: España

Andreas, Steve (1991). “Virginia Satir. The patterns of her magic”. USA: The Real People Press

Grand, David (2013). “Definiendo y redefiniendo EMDR. Nuevas estrategias clínicas”. Brasil: Treinamento e Consultoria EMDR Brasil

Hellinger, Bert (2001). “Órdenes del amor. Cursos seleccionados de Bert Hellinger”. Barcelona: Herder

Myss, Caroline (2016). "Cartas de los Arquetipos. Descubre las fuerzas arquetípicas qué rigen tu vida en cada momento". España: Gaia

Perls, Fritz (1974). “Sueños y existencia. Terapia Gestáltica”. Cuatro Vientos: Chile

Schwartz, Ricard con Simon, Tami. No Hay Partes Malas. Entrevista en Podcast de Tami Simon https://resources.soundstrue.com/podcast/

van Stappen, Anna (2016). “Cuaderno de ejercicios de comunicación no violenta”. Editorial Terapias verdes. Recuperado de Kindle

19.- INSTALAR Y DESINSTALAR CREENCIAS

Antes que nada, me he dado cuenta de que a los consultantes no suele quedarles entendido del todo lo que es una creencia, por lo que me ha funcionado mejor pedirles que me digan “pensamientos”, “dichos, refranes o ideas” que representen lo que se les quedó grabado sobre un recuerdo negativo, trauma o tradición que les es ha sido perjudicial; o construir una frase positiva que sea congruente con lo que piense en ese momento sobre lo que se le refiera en el proceso terapéutico.

Obvio que hay niveles de profundidad y arraigo en las creencias que tenemos. No es lo mismo una creencia que tenga sobre el clima que una creencia sobre mi identidad.

Las creencias van encadenadas con sensaciones-sentidas, afectos y representaciones internas, formando un complejo enmarañamiento que va más allá de lo puramente cognitivo. Por eso, muchos tratamientos van más allá de lo cognitivo.

La cola de las frases

Cuando expresas tus frases, creencias o afirmaciones claramente, en tiempo presente, con gran emoción, con vívidos detalles, por ejemplo: "Mantengo mi peso corporal sin esfuerzo" o "Manifiesto abundancia financiera" o cualquier otra afirmación con la que estés trabajando, y si te das cuenta de lo que realmente aparece en tu mente *precisamente después de la afirmación*. Esto es el real final de la frase, o sea, la cola de la frase. Si fue una afirmación negativa y limitante, este coletazo contrarrestara la afirmación. Por ejemplo, ´si usted dice: "*Mantengo mi peso corporal ideal sin esfuerzo*" ***y una vocecita susurra en su oído: "... ajá, en tus sueños"***; esto nos indicaría que esa vocecita interna está saboteando tus esfuerzos. Más ejemplos de colas negativas de frases son:

Eso es de risa. ¿A quién intentas engañar? ¿Cómo nunca lo has hecho antes? Pero no.

¿Estás bromeando? De ninguna manera José. No seas ridículo. Sí, claro, ajá. (con sarcasmo).

Los comentarios finales son la verdadera afirmación, no la declaración que acabas de decir o hacer. El final de la cola suena mucho más cierto en tu conciencia. Tiene mucho más poder emocional que la afirmación positiva. Dado que el final de la cola representa tu verdadera creencia, eso es lo que manifestarás. Por eso, después de la primera oleada de entusiasmo por las afirmaciones en la década de 1970, la gente descubrió que no funcionaba como estaba previsto. Di tus afirmaciones y localiza tus colas. Escríbelas y luego sintonízate con tu cuerpo mientras las dices en voz alta.

Puedes encontrar eventos de la infancia que dieron lugar a los finales de cola negativos y trabajarlos con la terapia que elijas, hasta que el nivel en la escala SUD baje a cero.

La intención congruente de la creencia en Psych-K

En la terapia Psych-K (Williams, 2015), una vez que se define la creencia positiva a instalar, antes de proceder a su

instalación se tiene que comprobar la congruencia de la intención de esa creencia, es decir, si realmente quiere eso la persona ***también a nivel inconsciente.*** La intención es el componente emocional del proceso. Representa el deseo y el compromiso de lograr su objetivo ¿Es algo que realmente quieres o simplemente es una buena idea, siempre y cuando usted no tiene que trabajar muy duro o riesgo para conseguirlo?

Hágase esta pregunta sobre la creencia elegida: "¿*Esto realmente vale la pena*?

Se formula una creencia potenciadora en relación al tema elegido (ejemplo: "*confío plenamente en mí mismo y en los resultados de lo que hago*").

Hacer una prueba kinesiológica de verificación muscular sobre esa creencia; si es el resultado muscular es fuerte, no hay que hacer nada. Si es débil, tendremos que aplicar técnicas para integrar esta nueva creencia en el subconsciente. Entonces, en caso de que el test muscular nos dé una señal débil, esto querrá decir que el subconsciente no reconoce dicha información

Por lo que se habrá de recurrir a técnicas y métodos como la oración, la visualización, afirmaciones, ritos religiosos, una de las numerosas modalidades de curación, o protocolos especiales que Psych-K tiene ya establecidos, como el Test del Balance. Este paso es muy importante. Si se realiza correctamente, se alineará a la mente subconsciente con su objetivo consciente, convirtiendo la manifestación de sus metas en un hábito y no un esfuerzo.

Dilts (1996) afirma que hay cuatro elementos que pueden influir sobre el cambio y son parte ***de querer cambiar, saber cómo cambiar y darse uno mismo la oportunidad de cambiar***. Estos elementos son:

1) la **fisiología** (el acceso a los estados adecuados del cuerpo, con situar los procesos fisiológicos en la modalidad apropiada (ver, oír, tocar) para hacer una cosa determinada),

2) las **estrategias** (la manera en que las personas secuencian sus imágenes internas y externas, los sonidos, sensaciones, olores y sabores, a fin de producir una creencia, un

comportamiento o un esquema de pensamiento y de su realidad),

3) la **congruencia** (asumir plenamente un compromiso consciente e inconsciente con un objetivo o comportamiento determinado) y

4) los **sistemas de creencias**: Cualquier cambio que realice usted se verá influido de alguna manera par cada uno de dichos elementos, que podrían agruparse así:

*La fisiología y las estrategias tienen que ver con el «saber cómo hacerlo». ¿Cómo desarrolla usted una conducta determinada?

*La congruencia y las creencias tienen que ver con querer hacer algo o darse uno mismo la oportunidad de hacerlo. Tiene usted que ser capaz de establecer un compromiso personal pleno y no luchar consigo mismo ni con otros para poder cumplirlo. Asimismo, también tiene que ser capaz de creer que es posible para usted, o sea, que la creencia de expectativa sea de poder hacer eso y creer en querer hacerlo.

Si falta alguno de estos elementos, el cambio no será completo.

En PNL, la fisiología y las estrategias se basan en identificación y ajuste de submodalidades sensoriales, claves oculares de accesos a sistemas de representación interna, identificación y modificación de estrategias de representación de la realidad y de creencias, etcétera.

La congruencia o incongruencia de una creencia se puede verificar en el lenguaje verbal y no verbal de la persona, en sus movimientos corporales, gestos, bloqueos, características de su voz cuando habla, además de que se pueden detectar ganancias secundarias, autosabotajes y recurrir a tests kinesiológicos musculares.

Construir una frase de creencia

La frase de una creencia —positiva o negativa— la puede obtener o construir el consultante desde lo siguiente:

1.- Desde uno o más cuadrantes del campo visual donde conecte un recurso positivo.

2.- Con apoyo de una sensación-sentida en su cuerpo, una imagen, un color o un sonido.

3.- Haciendo caso de palabras fuertes y personalizadas, que realmente lo conecten. O sea, sin usar palabras "huecas", "clichés" o que alguien más usa.

4.- Verbalizar la creencia para verificar cómo resuena en su cuerpo y mente, y entonces decidir si quita, agrega o cambia alguna palabra. Incluso, hay casos en que el consultante elige una sola palabra como creencia.

Para Desinstalar creencias

Se sugiere lo siguiente:

1.- Los pies tienen que permanecer en el suelo y descruzados, para que la energía fluya hacia afuera por la zona baja del cuerpo.

2.- Movimientos rápidos de ojos, manos y pies (como sugiere Barbara Hensley).

3.- Estar descalzo y con las manos abiertas y separadas. Porque a través de manos, pies y otros (lágrimas, bostezos, sudor, etc.) se descarga o recicla la energía.

4.- Colocar una o dos manos en el hara o en el plexo solar.

5.- Movimientos centrífugos (hacia fuera) y centrípetos (hacia dentro) hacia la izquierda, en el sentido contrario a las manecillas del reloj, tanto con los ojos como con las manos en el aire o en zonas de nuestro cuerpo, como lo hacen los taoístas.

6.- -Comprobar el grado de desinstalación con escala VoC y/o con test kinesiológico.

Para Instalar creencias

Se sugiere lo siguiente:

1.- Primero haber desinstalado una creencia incompatible o polar.

2.- Cerrar/Cruzar el cuerpo con manos, piernas y pies, manos entrelazadas, o como en la flor de loto, manos juntas como en la oración cristiana, o cruce de pierna como los *intelectuales* de la sociedad.

3.- Usar posturas *Whole brain y Gancho de Cook.* Hacer la Postura de *Wayne Cook* al final, ayudará a reforzar el nuevo patrón (Eden, Feinstein y Craig, 2004). Esta postura la encuentras en el libro de Brain Gym de los Dennison.

4.- Colocar una o dos manos en el corazón.

5.- Hacer movimientos lentos de ojos, manos y pies, independientemente de si se está haciendo tapping o movimientos para EMDR o para EFT. Por ejemplo, abrazos mariposa lentos.

6.- Instalar la frase positiva en la zona de futuro de su línea de tiempo, luego en presente y finalmente en su zona de pasado.

7.- Movimientos centrífugos (hacia fuera) y centrípetos (hacia dentro) hacia la derecha, en el sentido de las manecillas del reloj, tanto con los ojos como con las manos en el aire o en zonas de nuestro cuerpo, como lo hacen los taoístas. Hacer un *mandala*, con espiral desde el interior al exterior girando hacia la derecha, ya sea con objetos o con dibujo.

8.- -Comprobar el grado de instalación con escala VoC y/o con test kinesiológico.

Resumiendo 6 maneras de instalar creencias positivas.

1.- **PNL.** En este modelo hay varias técnicas para trabajar instalación de creencias positivas. En una de ellas, se trata de primero debilitar una *creencia negativa* al enmarcar esta con las submodalidades de una *creencia dudosa*, o sea, intercambiar los mapas. Luego, la creencia positiva se enmarca en las submodalidades de la *creencia dudosa* y después se mapea con las submodalidades de la *creencia negativa*. Más información en Bandler ('*Use su cabeza para variar'*) y Mohl ('*El aprendiz de brujo'*).

2.- **EMDR**. En esta técnica se tiene un tiempo de evaluación antes y después (pre-post) de una creencia positiva. Primeramente, se establece la *creencia negativa*, para entonces que esta sirva como base para establecer qué quiere lograr el consultante al superar el problema o conflicto; por lo que de aquí surge la creencia positiva, que evidentemente tendrá un nivel bajo en la escala VOC. Y la meta es que, una vez debilitada la creencia negativa, la evaluación de la *creencia positiva* se incrementará, siendo la meta que llegue al tope de esta escala, que es 7.

3.- **PSYCH-K**. En el Sáiquei —así se pronuncia— el objetivo es instalar *creencias positivas*, sin detenerse en desinstalar creencias negativas. Para lograr esto se cuentan con ejercicios para sincronizar los hemisferios cerebrales, además de usar herramientas de kinesiología —de ahí la **K** en su denominación— . Describiré más a fondo el *Psych-K* en el siguiente volumen de mi autoría (Vol. 2: Movimientos Energéticos).

4.- **MEMI**. Utiliza comandos —instrucciones— verbales relacionados con la PNL, tales como reencuadres, anclajes, metamodelo e inducciones hipnóticas que, combinadas con movimientos oculares, transforman las creencias de los consultantes, asegurando su creador Deninger que en esta técnica no es necesaria la reestructuración de creencias, porque se da en automático en el proceso.

5.- **EFT**. Aquí, se trabaja con frases polares, es decir, las frases trabajadas contienen una primera parte con declaración negativa, y una segunda parte final con declaración positiva; evaluándose la totalidad de la frase con la escala SUD. Ejemplo de una frase trabajada con EFT: "Aunque me da miedo que me vuelvan a golpear esos muchachos, *me acepto totalmente como soy*". Esta segunda parte de la frase: *me acepto totalmente como soy*, representa una creencia positiva orientada a la identidad de la persona. Describiré más a fondo el EFT en el siguiente volumen de mi autoría (Vol. 2: Movimientos Energéticos).

6.- **IEMT**. En esta técnica se motiva al consultante a rastrear el origen de sus creencias, preguntándole cuándo recuerda haber aprendido eso o haber creído eso —en esto se parece a lo que se hace en Terapia Gestalt y otras—. Para acelerar esto, ayuda que el consultante mire hacia su zona izquierda inferior, ya que ahí es la zona de los diálogos interiores o zona del *auditivo digital,* según la PNL, una de las influencias de esta técnica.

Breviario de casos y variantes

A.- Actividad terapéutica sobre creencias

Calcar la periferia del mapa del país. Que el cliente dibuje los límites de un estado del país. Y luego se pone abajo el mapa con los límites reales de los estados, para entonces comparar qué tanto coincide o no con su creencia de los límites. Reflexión sobre nuestras creencias y la realidad. "Nuestro mapa mental no siempre es el mapa de otros".

Además, finalizar psicoeducativamente con el postulado PNL "*el mapa no es el territorio*".

B.- Modificar creencias metafóricas y las de optimistas exagerados, eufóricos, disfuncionales e irracionales. Tienen que ser realistas, específicas, atractivas, evaluables, funcionales, ecológicas y con fecha de plazo. Usar también la reestructuración de creencias, el Reencuadre PNL, el

entretejido cognitivo y el Metamodelo. Al procesar las creencias disfuncionales o eufóricas se logra el efecto colateral de que se volatiza la sensación que la acompaña; para entonces instalar una nueva creencia funcional, quizá a través de la pantalla mental donde se puede poner una imagen y/o palabras con cualidades-submodalidades visuales. Las creencias dogmáticas llevan a las profecías autocumplidas. Ojo con las creencias introyectadas o creencias espejo.

C.- Sinestesia de una creencia

De una frase o imagen de una creencia ¿Cuál es el sonido o a qué suena esta creencia? ¿Hacia dónde y cómo se mueve? ¿A qué huele? ¿Qué sabor ¿A qué cosa o lugar se le figura esta creencia si la compara con algo?

D.- Test de balanceo para priorizar sobre 7 conflictos.

Un consultante plantea querer saber a cuáles de los 7 problemas que expresó tiene que poner más atención. Los plantea y le sugiero que responda su inconsciente a través de su respuesta muscular. Usamos el Test del Balanceo, descrito por Ricardo Eiriz (2016) en su Método INTEGRA. Una vez calibradas sus respuestas para 'sí' y 'no'. Para calibrar su respuesta de 'no' le pedí que acercara un sobre de azúcar a su estómago. En las respuestas para 'sí' su cuerpo se balanceaba hacia adelante, mientras que las respuestas de 'no' —rechazo— estaban caracterizadas por balanceos del cuerpo hacia atrás.

Testeando de esa manera, resultó que había 3 temas prioritarios para él. Después, sobre esos 3 conflictos se hicieron preguntas a su inconsciente. Se hizo retroalimentación y asumió algunas decisiones y compromisos.

E.- Zona de las creencias y diálogos internos

Según la PNL, mirar abajo a la izquierda es la zona donde se accesa a esto. Y es también ahí donde se recomienda mirar aplicando alguna técnica para reestructurar las creencias, por ejemplo, PNL, EFT, EMDR, MEMI, entre otras.

F.- Monólogo interior de creencias auto saboteadoras

De acuerdo con lo que Grand y Goldberg (2015) han encontrado en Brainspotting:

1.-El monólogo interior negativo emana directamente de los instintos autoprotectores (de supervivencia) del trauma subyacente

2.-Siempre hay una intención positiva en dicho monólogo negativo. No hay que pelearse con la voz negativa, hay que aprender de ella, responderle curiosos, escuchando atentamente, a veces hay que callar la respuesta, a veces agradecer las sugerencias, serenos, respetuosos, sin insultos y ser más inteligentes que ella.

3.-El monólogo interior negativo está asociado a una parte de nosotros (subpersonalidad, ego, voz de una persona especial, o como le quieran llamar), hay que detectar de qué tipo es y qué sensación, emoción o sentimiento se encuentra ahí ligada.

4.-Asumir una postura de "escuchador externo", en atención plena (mindfulness) sin juzgar, criticar, ni luchar contra el monólogo interior negativo, que a final de cuentas es nuestro amigo inconsciente y traumatizado.

5.-Las batallas entre el monólogo interior positivo y el negativo se libran a un nivel profundo, y no son un conflicto entre el bien y el mal. En el nivel inconsciente, de lo que se trata es de mantenerse sano y salvo. De ahí que el monólogo interior positivo no sirva para contrarrestar el negativo, que emana del miedo. La parte instintiva autoprotectora hace oídos sordos a los ruegos o argumentos conscientes de la parte «positiva», porque lo único que le importa es sobrevivir.

6.-A quienes padecen RSPP (*Repetitive Sports Performance Problems*: Problemas de Rendimiento Deportivo Repetitivos). se les va una cantidad brutal de energía en este torbellino positivo-negativo. Independientemente del bando que «gane», el conflicto interno lleva al atleta al cerebro frontal consciente-

pensante. Entonces el sobreanálisis le tensa los músculos y lo distrae de su intervención. La voz negativa siempre es más alta y persistente que la positiva, a la que acaba ahogando. Al deportista bloqueado, la voz negativa siempre le parece más conocida y verdadera que la positiva.

Es decir, no hay que combatir el monólogo interior negativo ni asesinar al ego o parte nuestra que emite ese monólogo, porque sería como darnos un balazo en el pie. Esto es muy importante tomarlo en cuenta cuando estemos tratando los roles, la integración de partes y los diálogos gestálticos.

G.- Sintetizando varias creencias

Facilité un caso donde un consultante anotó 3 creencias en respectivas tarjetitas. Cuando le pregunté qué emoción o sentimiento sentía que englobaban me respondió que era una sola palabra: tristeza. A partir de ahí, la sesión tomó un nuevo rumbo en el proceso.

H.- Definir y construir las patas de la mesa

Para instalar una nueva creencia en una persona que tiene arraigada una creencia negativa muy fuerte, por ejemplo, en un drogadicto, se necesita que este defina y establezca la nueva base en que fundamentará su nueva creencia. Es decir, la nueva mesa tiene que tener patas resistentes en las cuales se apoyará. Porque no se trata de jugar a intentar instalar creencias al a ver qué pasa.

Referencias

Dilts, Robert; Hallbom, Tim; Smith, Suzi (1996). “Identificación y cambio de creencias. Un camino hacia la salud y el bienestar”. España: Ediciones Urano

Eden, Donna; Feinstein, David y Craig, Gary (2005). “The Promise Of Energy Psychology. Revolutionary tolos for dramatic personal change”. Penguin Group

Eiriz, Ricardo (2016). Método INTEGRA. España: Sirio

Grand, David y Goldberg, Alan (2015). “Así es tu cerebro cuando haces deporte”. España: Eleftheria

Williams, Robert M. (2015). “Psych-K…La pieza/paz que falta en tu vida”. Myrddin Corporation

20.- PROPIOCEPCIÓN Y MINDFULNESS; AQUÍ, AHORA Y EN MÍ

Existen 5 sentidos que todos conocemos: tacto, visión, audición, olfato y gusto. Pertenecen a un grupo llamado ***sentidos de exterocepción***, puesto que nos permite percibir lo que ocurre en el *exterior* de nuestro cuerpo.

La propiocepción, en cambio, es un ***sentido de interocepción***, por el cual nuestro cerebro tiene conciencia del estado interno del cuerpo (Junquera, 2014).

Los neurólogos definen dos tipos de propiocepción: **consciente**, controlada por el cerebro, e **inconsciente**, controlada por el cerebelo (Rodríguez, 2020).

La palabra propiocepción deriva de sus raíces “propio-”, que significa de uno mismo; y “-cepción”, que significa consciencia. Es decir, la consciencia de lo propio: la consciencia de la propia postura corporal con respecto al medio que nos rodea. La propiocepción puede apoyarse en uno o más de los sentidos que tenemos, sin embargo, no depende necesariamente de ellos, depende de lo que detectan las

neuronas propioceptoras localizadas para este sentido en los músculos, articulaciones, tendones y en el aparato vestibular.

La propiocepción nos permite, por tanto, sentir nuestro cuerpo como nuestro, proporcionándonos información constante sobre dónde están las partes de nuestro cuerpo, y además de forma inconsciente, sin pensar en ello.

La propiocepción nos permite conocer la posición, la velocidad y la dirección de cada parte del cuerpo, la veamos o no, y por eso es esencial para movernos por el mundo: sin esta información, nuestro cerebro no podría guiar nuestros movimientos.

Al igual que ocurre con el resto de sentidos, nuestra propiocepción puede ser engañada o confundida. Pensemos en los sueños cuando son muy vívidos, las hipnosis profundas, las visualizaciones en estados de relajación profunda y los aparatos de realidad virtual cubriendo nuestros ojos. O el experimento de la "mano de goma", donde un voluntario pone las dos manos sobre la mesa. Escondemos una de sus manos y en su lugar colocamos una mano de goma —una mano falsa— y acariciamos ambas manos durante un rato. Poco a poco la persona comenzará a percibir la mano falsa como suya propia. Y el final del experimento lo deja claro: cuando amenazamos con hacer daño a la mano falsa, por ejemplo, dándole un martillazo, la persona reacciona como si fuera la mano suya.

¿Cómo sabe nuestro cuerpo dónde tiene sus diferentes partes o que una mano es su mano? Pues la propiocepción ocurre gracias a los llamados propioceptores, que son los receptores de la propiocepción. En otras palabras, recopilan constantemente información sobre la posición y los movimientos de las distintas partes de nuestro cuerpo.

Concretamente, los propioceptores son neuronas, que están especializadas en captar este tipo de información. De todo el cuerpo, los propioceptores se encuentran en aquellas zonas que tienen que ver de alguna forma con el movimiento: encontramos propioceptores en los músculos, en los tendones, en las articulaciones y en la piel. Los

propioceptores de estas zonas están especializados en detectar muchas cosas, como la ***posición*** y el ***movimiento*** de nuestro cuerpo, la ***fuerza*** que generan nuestros músculos o el ***peso*** de los objetos que levantamos, y gracias a toda esta información, ***nos permiten saber dónde se encuentran las partes del cuerpo*** en cualquier momento y movernos de forma ***coordinada*** (Ortonobes, 2020).

De todos los propioceptores que existen (los de los tendones, piel y articulaciones), los que se considera que contribuyen principalmente al sentido de la propiocepción, que son los que se encuentran en el músculo. Cuando se contrae un músculo, estas neuronas detectan un cambio de longitud, y envían señales al sistema nervioso central de lo que está ocurriendo. Al llegar al cerebro, esa información es procesada y el cerebro envía una respuesta al cuerpo a través de las neuronas eferentes, que son las que mandan la información de vuelta a la parte del cuerpo que se tiene que mover, hacen ajustes y tal vez corrigen la postura de los músculos.

En pocas palabras, gracias a la propiocepción, podemos conocer la posición y el movimiento de nuestro cuerpo en cada momento.

El sentido de la vista nos permite, en parte, suplir la pérdida de la propiocepción, pero por supuesto que la vista no es un reemplazo al 100% de la propiocepción. Por ejemplo, para una persona sin propiocepción es muy difícil agarrar objetos de forma adecuada porque no saben cuánta fuerza tienen que aplicar sus músculos al tomar un huevo o una silla.

¿Dónde es importante la propiocepción?

En actividades como el deporte, el baile, en oficios como los que realizan los cirqueros, los choferes, los buzos, entre otros. Así como también es importante este sentido para que los consultantes lo estimulen y logren diferentes propósitos como relajación, atención plena, meditación, darse cuenta, consciencia corporal y de identidad.

En diferentes enfoques terapéuticos y espirituales se busca la consciencia del cuerpo y de los movimientos, muchas veces relacionados con bloqueos y traumas que se alojan y

anclan involuntariamente ahí. Feldenkrais entrenó para la autoconsciencia del movimiento, por ejemplo. En los distintos tipos de Yogas; en el Tai Chi y otros métodos buscan mover energías sutiles, y la propiocepción es un elemento muy importante en sus técnicas.

La Hipnosis Sincrónica de John Milton (2022) usa, entre otras herramientas, la propiocepción para profundizar este tipo de hipnosis, que es una hiperventilación pulmonar con eventos diafragmáticos, hasta llegar a una alcalosis respiratoria, usando la propiocepción para concentrarse en oír y sentir su respiración. Esto para desfasar la consciencia, tener entumido el cuerpo, con la pantalla mental negra y alerta el subconsciente, características del estado *hipnótico sincrónico*, asegura John Milton, Doctor Honoris Causa por el Instituto Politécnico Nacional y la UNAM, y que próximamente publicará sus investigaciones.

Mindfulness

Con **mindfulness** también ampliamos nuestra propiocepción. El mindfulness, también llamado **atención plena** o **consciencia plena**, consiste en estar atento de manera intencional a lo que hacemos, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia.

Es una práctica basada en la *meditación vipassana*. Consiste en prestar atención desapasionada a los pensamientos, las emociones, las sensaciones corporales y al ambiente circundante, sin juzgar si son adecuados. La atención se enfoca en lo que se percibe, sin preocuparse por los problemas, por sus causas y consecuencias, ni buscar soluciones.

Jon Kabat-Zinn diseñó en 1970 un programa llamado *Mindfulness-Based Stress Reduction - MBSR*, —reducción del estrés basada en la atención plena— a partir del cual se difundió fuera de su contexto religioso original.

Mindfulness y Terapia Gestalt

Además de la meditación zen practicada por Fritz Perls, menciona AlmaGestalt.com.ar que: "*la orientación de la terapia*

gestáltica muy obviamente se corresponde con la de la meditación budista original, el llamado Vipassana, que precisamente consiste en el cultivo del aquí y el ahora, un cultivo de la atención al momento. Pero si uno compara la terapia gestáltica con el Vipassana, se encuentra con que ciertos aspectos del Vipassana van más hondo que la Gestalt.

Pretende pues el Vipassana, tradicionalmente, llegar a la conciencia iluminativa del Buda –un despertar que va más allá de la mejoría sintomática. Y eso lo logra a través de un intento de, no sólo tomar conciencia de lo que sucede en el mundo exterior, y no sólo atendiendo a lo visual, lo auditivo, lo gustativo, y el cuerpo, sino haciéndolo en una actitud particular, de la cual tendremos ya ocasión de hablar".

Según el testimonio de Claudio Naranjo: "*Fritz, personalmente, meditaba —por lo menos en la época de su vida en que lo conocí—, pero como consecuencia de su escasa disposición a alabar cualquier otra forma que no fuera la suya propia, daba la impresión de menospreciar todo lo relacionado con la espiritualidad.*

Como consecuencia, algunos gestaltistas actuales no se percatan de que la conciencia meditativa constituye el autoapoyo más profundo".

La terapia Gestalt ha desarrollado una metodología de la conciencia que en esencia es una práctica meditativa. El continuum of awareness o continuo atencional, es atención focalizada en el presente y abierta a todos los contenidos que emerjan puntualmente a la conciencia.

La diferencia básica es que el continuum gestáltico es verbal e inter relacional como corresponde a la esencia de la terapia gestalt que es expresiva y dialógica (Yo-Tú). Mientras que la meditación vipassana se realiza en silencio.

Menciona José Gómez (2007): "*En su obra 'Entre Meditación y Psicoterapia', Claudio Naranjo realiza un análisis en profundidad de los distintos tipos y orígenes de la meditación y muestra su aplicación al trabajo terapéutico gestáltico. Naranjo propone entender la meditación como «un fenómeno mental multifacético que entraña la suspensión del ego o una*

comprensión de la ilusoriedad». El uso de estos términos, procedentes de la psicología budista, muestra la importante labor llevada a cabo por Claudio Naranjo: no sólo se interesa por incorporar a la Gestalt las técnicas de meditación, sino que intenta expandirla hacia los aspectos transpersonales contenidos en las psicologías orientales, algo que va mucho más allá de las habituales pretensiones de la psicoterapia occidental.

A esta expansión también ha contribuido Francisco Peñarrubia, que en su obra Terapia Gestalt analiza las influencias de la meditación zen y vipassana en lo que él denomina gestalt transpersonal".

Por otra parte, en las últimas décadas, los estudios científicos llevados a cabo sobre el Mindfulness han encontrado que una técnica de este, específicamente la MBCT de Siegel

Tuvo una efectividad similar a la Terapia Cognitivo-Conductual, por lo que es una terapia basada en evidencia y reconocida por la APA (2015).

Mindfulness para nuestro monólogo interior

Asumir una postura de "escuchador y observador externo", en atención plena (mindfulness) sin juzgar, criticar, ni luchar contra el monólogo interior negativo, que a final de cuentas es nuestro amigo inconsciente y a veces está traumatizado.

Mindfulness en Brainspotting

David Grand, destacado terapeuta de EMDR y posterior fundador del Brainspotting, afirma integrar el Mindfulness en el Brainspotting.

Menciona que una vez determinadas las posiciones oculares o Brainspots (puntos cerebrales), el cliente es conducido a observar sin criticas su proceso interno tal como ocurre secuencialmente, que incluye el afecto, la memoria, la cognición y, especialmente, las sensaciones corporales. Esta auto-observación se llama "*Mindfulness enfocado*" (consciencia

plena) en tanto que es paralela a la meditación, pero se realiza en un estado de activación focalizada. En varios momentos, determinados por el cliente o el terapeuta, se producen pequeñas discusiones que van revisando la naturaleza del procesamiento. Esto va seguido de la reorientación que el terapeuta hace al cliente hacia la experiencia de su propio cuerpo de forma que es como un resumen de la auto-observación no guiada. El proceso continúa hasta que el cliente llega a un estado de resolución. El objetivo es conseguir una liberación completa y exhaustiva de la activación guardada en el cerebro y en el cuerpo.

Mindfulness-based inner repatterning

Tania A. Prince pasó por rigurosos exámenes prácticos y teóricos para aprobar y ser denominada una de los 29 Maestros de EFT supervisados por Gary Craig alrededor de la primera década del 2000.

Después desarrollaría *Mindfulness-Based Inner RePatterning*. El Rediseño Interno Basado en la Atención Plena utiliza solo un punto de tapping. EL punto 17 Ren Mei o del Vaso Concepción, ubicado a 4 dedos por encima de las costillas inferiores, en la hendidura que está en el esternón al nivel de los pezones, y que estimula la ubicación de la glándula timo. Esto es diferente a EFT que incorpora otros varios puntos de tapping.

Con MBIR hacemos tapping suavemente con las yemas de los dedos el punto del timo —ubicado en la parte superior central del tórax, detrás del esternón—. Esto genera electricidad (piezoelectricidad) que naturalmente estimula el nervio vago.

Además de hacer tapping en el área del timo, MBIR agrega respiración abdominal —diafragmática— con un enfoque en la visión periférica. Esto pone en juego el sistema nervioso parasimpático, lo que permite que el cuerpo se sintonice en el modo de reparación y regeneración.

Mindfulness-Based Inner Repatterning no requiere un análisis del problema. No hay necesidad de entender, hablar o profundizar en el problema. Todo lo que se requiere es una intención y una conciencia del problema. No hay juicio, ni crítica ni expresión de ansiedad.

Dice Tania Prince que la atención plena —Mindfulness— es una forma de meditación, y sorprendentemente sencilla. En pocas palabras, requiere que trates de alejar tu mente de los tipos de cosas que se mencionaron en el escenario dado cerca del comienzo de este artículo. Esto incluye pensamientos sobre el pasado y el futuro, ya sean negativos o (sorprendentemente) positivos. Te obliga a enfocar tu mente en el ahora, sin distraerte con tus propios pensamientos. Hay muchos videos tutoriales en línea que puede seguir para obtener las técnicas precisas, por lo que no intentaré explicarlo en su totalidad. Pero una cosa que es vital es permitirte concentrarte en tu respiración. Esta es la clave. A través de la meditación, aprendes a concentrarte en tu entorno, sin permitir que atrape tu atención, sin que tu mente se desvíe en ideas y narraciones prolijas, como sucede a menudo. Esta parte es desafiante y requiere mucha práctica, ya que requiere regulación emocional y un enfoque máximo en la atención. Pero pronto descubrirá que puede concentrarse durante períodos de tiempo más prolongados, como si ejercitara un músculo.

Aquí, ahora y en mí

Con los antecedentes de este capítulo podemos comprender mejor que si unimos lo externo y lo interno —lo exteroceptivo con lo interoceptivo— **se trata de transitar al estar y ser aquí, ahora y en mí**.

Tomar consciencia de donde estoy, de quién soy, en qué momento sucede. Darme cuenta cómo estoy, qué estoy sintiendo, cómo estoy reaccionando o accionando. En qué contexto y circunstancia estoy en este momento. Ante qué personas o seres vivos estoy experimentando lo que considero un gozo, un trabajo o un conflicto.

¿Existe dificultad en percibir lo obvio o es que me pongo ansioso o bloqueado? Para eso están en potencia las distintas técnicas terapéuticas y espirituales.

Breviario de casos y variantes

A.- MBCT: Mindfulness basado en evidencia

Jon Kabat-Zinn describe el mindfulness del siguiente modo: «El mindfulness consiste en prestar atención de un determinado modo: deliberadamente, en el momento presente y sin juzgar» (2009).

Segal, Zindel et al. (2017) afirman que la introducción del mindfulness en los ámbitos de la teoría psicológica y de la psicoterapia del modo en que lo está haciendo el **MBCT** (Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness) tiene la capacidad de enriquecer y transformar la disciplina misma y nuestra comprensión, en última instancia, de la naturaleza de la psique y de lo que llamamos «yo». Es importante señalar que los estudios cerebrales llevados a cabo por el grupo de Zindel Segal (Farb et al., 2007) están poniendo de manifiesto las redes corticales en que se asientan dos modalidades autorreferenciales diferentes: la modalidad experiencial basada en el cuerpo y arraigada en el momento presente, y la modalidad basada en el pensamiento y arraigada en un relato del pasado y el futuro que, en algunos casos, se halla desconectado de la realidad. El entrenamiento en el mindfulness ha demostrado su capacidad para diferenciar ambas modalidades, generando nuevas posibilidades de aprender, crecer y sanar. Estos descubrimientos corroboran la importancia del marco referencial teórico esbozado por los autores para entender la rumiación depresiva y el papel central que desempeña en la depresión mayor y el valor potencial del mindfulness para pasar de una modalidad mental, centrada en «hacer», a otra modalidad mental mucho más adecuada, centrada en «ser».

Este análisis nos permite ver que la tarea central del MBCT consiste en proporcionar a los pacientes la comprensión y habilidades necesarias para reconocer y librarse de esos estados mentales, capacitándolos para salir de las pautas mentales y corporales habituales y automáticas reactivadas por el estado de ánimo depresivo que lo hacen vulnerable a episodios adicionales de depresión.

El MBCT consiste en aprender a prestar una atención deliberada en cada momento y sin establecer juicios de valor. El objetivo de las primeras sesiones consiste en aprender los rudimentos del mindfulness (Sesiones 1 a 4). En primer lugar, los participantes se tornan conscientes de la escasa atención que habitualmente prestan a la vida cotidiana y aprenden a ser

conscientes de lo rápido que su mente pasa de un tema a otro. Después de percatarse de que su mente está divagando, aprenden, en segundo lugar, a traerla de nuevo y centrarla en un punto, fundamentalmente la respiración o alguna parte de su cuerpo. Y, en tercer lugar, aprenden a ser conscientes del modo en que la divagación de su mente puede provocar, sin ser conscientes de lo que está ocurriendo, una escalada de pensamientos y sentimientos.

Metaanálisis de la terapia cognitiva basada en el mindfulness y la prevención de la recaída

Partiendo de seis estudios aleatorios realizados con 593 pacientes, un metaanálisis llevado a cabo por un equipo de Aarhus (Dinamarca) concluyó que, en las comparaciones entre el MBCT y los grupos de control inactivos, el MBCT reducía significativamente en un 35% el riesgo de recaída respecto a quienes permanecían con el tratamiento habitual, un valor que alcanzaba el 44% en los pacientes que habían experimentado tres o más episodios previos de depresión (Piet y Hougaard, 2011). Las conclusiones de este estudio refirieron también que la MBCT y la medicación antidepresiva reducían por igual el riesgo de recaída. En un segundo metaanálisis, Hoffman et al. (2010) abordaron la cuestión desde una perspectiva diferente estudiando a 1140 pacientes que recibían intervenciones basadas en el mindfulness para tratar una amplia variedad de problemas de salud mental y, en lugar de determinar si la persona recaía o no, centraron sus esfuerzos en estudiar la reducción de los síntomas de la ansiedad y la depresión.

Los tratamientos que ofrecen entrenamiento mental, de los cuales el MBCT es un claro ejemplo, se vieron asociados a tamaños de efecto grandes del 0,97 y del 0,95 en ansiedad y síntomas depresivos, respectivamente. También descubrieron, como era de esperar en un contexto que alienta la práctica de la atención como una habilidad vital general, que estos beneficios se mantenían más allá del momento en el que los pacientes dejaban de recibir el tratamiento (Mathew, et al., 2010).

El MBCT es respaldado por la APA (Asociación Americana de Psicología) como terapia basada en evidencia. Aunque quizás

el respaldo más convincente que haya recibido sea el proporcionado por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) del Reino Unido, un organismo nacional independiente que proporciona directrices clínicas basadas en la evidencia para el cuidado de la salud de los pacientes beneficiarios del servicio de salud pública.

La MBCT pueda beneficiar a los pacientes con trastorno bipolar que están tomando estabilizadores del estado de ánimo.

B.- Bostezos para relajar la mandíbula.

Dicen los Dennison (1990) que "*Más del 50% de las conexiones neurológicas del cerebro al cuerpo pasan a través de la articulación de la mandíbula (articulación temporal-mandibular). La relación entre* ***propioceptores*** *de las mandíbulas, caderas y pies son la clave del equilibrio de todo el cuerpo. Los músculos de la mandíbula pueden llegar a ser los más tensos del cuerpo*". Incluso, encontraron que relajando la mandíbula con los bostezos intencionados había un efecto benéfico en una mejor visión. Por lo que los Dennison recomiendan practicar su ejercicio denominado "bostezo energético", el cual consiste en colocar las yemas de los dedos en las comisuras de la boca

C.- El estado adecuado.

Tanto Franz Ruppert (Constelador Familiar) como Peter Levine (creador de Experiencia Somática) mencionan que si la persona está en estado traumatizado no es conveniente intentar aplicarle técnicas que se salten la sensibilización y la reconexión corporal segura. O sea, lo primero es destraumatizar a la persona, pero paso a paso, en un orden que marque la técnica elegida (Experiencia Somátita, Brainspotting, EMDR, EFT u otra).

Es decir, el estado adecuado para abordar a un consultante no es que se le facilite una simple relajación y ya. No, va más allá de la relajación.

Tanto la IFS como el Mindfulness van en búsqueda de contactar la Fuente Interna, también llamada Alma, Ser Esencial, Centro espiritual, etcétera. Porque es desde ese campo donde podremos realizar verdaderos cambios trascendentes y desde un

estado de amor, creatividad, compasión, calma, claridad y conexión interior.

La atención plena, mindfulness o "disociación" benéfica es parte del Self Esencial, según Mario C. Salvador (2022).

Aterrizar, centrar y reconectar el cuerpo -

En la terapia Experiencia Somática de Peter Levine (SE, Somatic Experincing), entre los primeros ejercicios terapéuticos que se tienen que facilitar en un proceso terapéutico es restablecer la conexión con el cuerpo —en un lugar que sintamos como seguro por la presencia de una persona, animal, planta u objeto que nos de seguridad—, porque el trauma guarda relación con la pérdida' de conexión, en primer lugar, con el cuerpo y con el propio yo, y después con los demás y con el entorno social y terrestre. Aquí se vuelve importante en el consultante restablecer su relación tanto con la tierra mar tierra— como con su propio centro de gravedad y equilibrio —centrarse—.

En un suceso traumático, nuestro cuerpo tuvo un movimiento interrumpido hacia la lucha o la huida, y más grave aún, si las anteriores dos opciones no existieron pues sobrevino la parálisis o el colapso de nuestro cuerpo y sistema nervioso, que lo hicieron por supervivencia. En otras ocasiones, el movimiento interrumpido fue traumático ante la ausencia o rechazo de afecto de parte de un ser querido, como el clásico caso de un hijo que nunca fue abrazado por su padre.

Al reconectarnos con nuestro cuerpo, que es un proceso gradual, lograremos tomar tierra y centrarnos en nuestro aquí y ahora, desde un equilibrio y así completaremos la liberación de aquella energía reprimida o colapsada del pasado traumático, contactando nuestra fuerza- o agresividad natural —no confundirla con violencia— que nos permitirá movilizarnos y contribuir a desbloquear los atascamientos que ocurrieron a nivel corporal, mental y emocional en la experiencia traumática. Así, podremos vivir sin aquel malestar disfuncional.

Referencias

APA. Diagnosis: depression. Treatment: Mindfulness-based cognitive therapy: **https://div12.org/treatment/mindfulness-based-cognitive-therapy/**

Dennison, Paul y Dennison Gail. (1990). "Brain Gym". Editorial Quarzo

Gómez, José (2007). Meditación y Gestalt. La conciencia como instrumento terapéutico. Recuperado de:

http://www.masconciencia.com/cont/GestaltMeditacion.pdf

John Milton. Entrevista con Nayo Escobar (2022). La realidad sobre la hipnosis. Video: https://www.youtube.com/watch?v=hXy_eX-OyGE&ab_channel=NayoEscobar

Junquera, Iñigo y Roberto (2014) ¿Qué es la propiocepción? ¿Cómo funciona y cuál es su importancia en fisioterapia? Recuperado de:

https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-la-propiocepcion-como-funciona-y-cual-es-su-importancia-en-fisioterapia

Naranjo, Claudio (2002). "Entre meditación y psicoterapia". Chile: Dolmen

Ortonobes Lara, Sandra (2020). ¿Qué puede salir mal?: Cómo sobrevivir a un mundo que intenta matarte (Plan B). Recuperado de Kindle. Video:

https://www.youtube.com/watch?v=3ILKwarZNEE&t=646s&ab_channel=LaHiperactina

Prince, Tania "Mindfulness-Based Inner RePatterning". Recuperado de:

https://taniaaprince.com/

Aquí un video de demostración con la creadora de la técnica: https://youtu.be/9GjDdOD3nKk

Rodríguez, Jorge (2019). ¿Qué es la propiocepción? Recuperado de:

https://lafisioterapia.net/propiocepcion/

Sacks, Oliver (2009). "El hombre que confundió a su mujer con un sombrero". España: Anagrama

Salvador, Mario C. (2022). "Más allá del yo. Encontrar nuestra esencia en la curación del trauma". 2ª edición. España: Eleftheria

Segal, Zindel, et al. (2017). "MBCT. Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión". Ed. Kairós: España

21.- LA TEORÍA POLIVAGAL EN POCAS PALABRAS

"*La teoría polivagal básicamente hace hincapié en que el sistema nervioso tiene más de una estrategia de defensa y la selección de que si usamos una estrategia de movilización de lucha/huida o una estrategia de inmovilización, de desconectarnos no es una decisión voluntaria. Fuera del ámbito de nuestra conciencia consciente, nuestro sistema nervioso está continuamente evaluando el riesgo en el entorno, elabora juicios, y establece prioridades para las conductas que son adaptativas, pero esto no es cognoscitivo*".

Stephen Porges (2012)

Aunque ya escribí un libro de 176 páginas al respecto, creo pertinente resumir la Teoría Polivagal de Porges y además agregar algunos datos que no puse en esa ocasión. Esta teoría no coincide totalmente con el modelo de Selye (1950) sobre la adaptación al estrés, centrado en el antagonismo del sistema nervioso simpático de "lucha o huida ante amenazas" contra la

entonces noción del sistema nervioso parasimpático como el que frenaba/inhibía o calmaba lo estresante. El simpático inervando desde la médula espinal y el parasimpático inervando las vísceras desde el tálamo cerebral.

Porges (2011) afirma que la teoría se llama "polivagal" para enfatizar que hay dos circuitos vagales: un circuito vagal antiguo asociado con la defensa (la respuesta de congelación) y un circuito filogenéticamente más nuevo (vagal ventral) relacionado con sentirse seguro y mostrar un comportamiento social afiliativo espontáneo. La teoría articula dos sistemas de defensa: (1) el sistema comúnmente conocido de "lucha o huida" que está asociado con la activación del sistema nervioso simpático, y (2) un sistema menos conocido de inmovilización y disociación que está asociado con la activación de una vía vagal parasimpática filogenéticamente más antigua o vagal dorsal.

Porges (1995, 2013) ha ido más allá por el hallazgo de otra rama del nervio vago. No solamente existe un nervio parasimpático vago, son dos, con funciones distintas. Este investigador sostiene que no siempre se produce un efecto calmante ya que, por ejemplo, al inhibirse la actividad cardíaca, promoviendo la bradicardia y la apnea, se puede llegar a detener el corazón y poner en peligro la vida, esto por la acción del nervio vago dorsal o primitivo.

El nervio vago, con sus dos ramas, cubre la mayor parte del sistema nervioso parasimpático. Berthaud y Neuhuber (2000) descubrieron que alrededor del 80% de lo impulsado por el nervio vago es información sensorial/aferente, es decir, lo que se capta en las vísceras inervadas por las dos ramas del nervio vago y que se canaliza al cerebro. A ese mecanismo inconsciente que “capta” la información Porges le llama neurocepción. El restante 20% del nervio vago envía información motora/eferente desde el cerebro hacia el cuerpo para “indicarles” que se está en una situación tranquila o estresante. Si es “tranquila” o relajante, actuaría el nervio vago inteligente para desarrollar estrategias de Compromiso Social (sociales, comunicativas, educadas); pero si se detecta amenaza o peligro, el cuerpo entiende que tiene que poner en marcha el sistema nervioso simpático para luchar o huir.

El Sistema Nervioso Autónomo ha tenido dos descubrimientos revolucionarios que se dieron a conocer en la parte final de la década de 1990:

1.- Stephen Porges, en 1995, y después de décadas de estudios neuroanatómicos, informaba en una conferencia la existencia de una rama parasimpática del nervio vago que es mielínica, ventral y se relaciona con el compromiso social, siendo filogenéticamente el nervio vagal autónomo parasimpático más "reciente".

2.- Michael Gershon, en 1999, publicaba que en el sistema digestivo tenemos alrededor de 200 millones de neuronas, lo que ya se le conoce como **Sistema Nervioso Entérico**, donde se sintetizan los principales neurotransmisores (serotonina, acetilcolina, noradrenalina, GABA…). El ejemplo más llamativo es el de la serotonina, un neurotransmisor que influye en los estados de ánimo y que es liberado en un 95% por las células nerviosas del intestino (ver investigaciones y textos de Michel Delvaux, 2002; Wood, JD, 2000; y Michael Gershon, 1999).

Posteriormente, en la segunda década del siglo XXI, se descubrió que, durante el desarrollo del embrión, desde el sistema nervioso central las células nerviosas migran al abdomen y forman en los intestinos un segundo sistema nervioso, al que se denomina sistema nervioso entérico, que forma parte del sistema nervioso autónomo.

Además, se investigó que el intestino y el cerebro, que están muy separados anatómicamente en el cuerpo, se mantienen comunicados de forma permanente a través del nervio vago (o nervio neumogástrico), que es el décimo par craneal; a esto se le llama **eje Intestino-Cerebro** (Breit et al., 2018; Enders, 2018).

De acuerdo a las investigaciones de Stephen Porges el "nervio vago inteligente" reina jerárquicamente sobre el sistema simpático "frenando" o "liberando" sus actividades, además de que está relacionado con diferentes pares nerviosos craneales, que regulan la garganta, la lengua, la pupila, los párpados, el oído interno, y en particular el trigémino. Y con varios nervios motores que controlan la posición de la cabeza y del cuello, así

como el corazón y los pulmones. Dado que Porges ha postulado que estimulando un componente del sistema se mejorará la regulación neural del resto, es concebible que los diferentes estímulos mecánicos que la AMSB (Activación Multi Sensorial Breve) realiza en los territorios faciales del trigémino, los movimientos de ojos y parpadeo, los movimientos linguales, los estímulos verbales y aún las técnicas respiratorias, activando el "vago inteligente", faciliten las respuestas clínicas que la AMSB induce (Andrade y Navatta, 2020).

El nervio vago produce el reflejo óculo-cardiaco, el reflejo de la tos, la deglución, las náuseas o el vómito. También, relaja —hipotensión— y disminuye la ansiedad y la inflamación. Además, tiene gran importancia en el sistema digestivo, ya que coordina los movimientos de esófago e intestino, así como, los órganos viscerales. Interviniendo, también, en la sensación gustativa e identificación de sabores.

El paladar blando —en la parte posterior del techo de la boca— tiene conexión con el nervio vago, mientras que el paladar duro conecta con el nervio trigémino.

La función del paladar blando es colaborar en la deglución y respiración, al modificar la abertura de los tractos digestivo y respiratorio respectivamente. También juega un papel importante en el habla, ya que permite la pronunciación de consonantes velares junto con la lengua.

Pasemos revista a algunas investigaciones sobre el nervio vago:

1.- Incremento de acciones propositivas y compasivas hacia los demás.

El neurólogo Stephen W. Porges sostiene que el nervio vago puede estar estrechamente relacionado con las redes de receptores para la oxitocina, un neurotransmisor implicado en la confianza y el vínculo maternal. También, le llamó al nervio vago ventral el "nervio de la compasión", porque cuando se activa, puede producir una sensación de expansión caliente y agradable en el pecho.

La psicóloga Nancy Eisenberg (1996, 2015), así como Miller, J. et al (2016) han encontrado que los niños con una línea de base de alta actividad en el nervio vago son más cooperativos y propensos a compartir. El tono vagal moderado de los niños predice una mayor propensión a la prosocialidad en general. También, el tono vagal temprano moderado puede reflejar un equilibrio óptimo de regulación y ansiedad que ayuda a preparar a los niños y adultos para simpatizar, consolar, y compartir con otros, para sentimientos que promuevan el altruismo, la compasión, la gratitud, el amor y la felicidad (Keltner et al, 2010).

2.- Regeneración de células madre e inmunes.

Además, una investigación vincula el nervio vago a la mejora de la neurogénesis, es decir, al aumento de la producción de BDNF (el factor neurotrófico derivado del cerebro), a la reparación del tejido cerebral y a un efecto regenerativo general, por ejemplo, el de modular las células inmunes y conexión directa con las células madre de la médula ósea para reparar órganos, a largo plazo (Theise et al., 2000).

Diane Krause, MD, PhD (2001, 2013), de la Universidad de Yale descubrió que las propias células madre adultas innatas (células de la médula ósea que pueden convertirse en cualquier célula en el cuerpo) pueden transformarse en las células del hígado, el intestino, los pulmones y la piel. Es decir, el cuerpo puede regenerarse a cualquier edad, tiene el poder de crear nuevas células y renovar los órganos y tejidos.

3.- Reducción de la inflamación.

Otto Loewi (1921) descubrió que la estimulación del nervio vago causaba una reducción de la frecuencia cardíaca mediante la liberación de una sustancia que más tarde fue identificada como el neurotransmisor acetilcolina, de efectos relajantes; y se puede estimular su secreción simplemente haciendo algunas respiraciones profundas con exhalaciones largas.

Kevin Tracey (2007), director del Instituto Feinstein para la Investigación Médica ha encontrado que la acetilcolina actúa como un freno importante para la inflamación en el cuerpo. En

otras palabras, estimulando el nervio vago se envía la acetilcolina a todo el cuerpo, no solo relajando, sino también apagando el fuego de la inflamación que se relaciona con los efectos negativos del estrés. A esto, Tracey le llama "reflejo inflamatorio".

Cuando se desbalancea el sistema eléctrico del cuerpo hay inflamación, va haber demasiada carga positiva y no suficiente carga negativa de la que viene de la tierra que es la que balancea. Las bacterias, por ejemplo, en el cuerpo, como las partes del sistema inmune; los glóbulos blancos atacan a los virus y atacan a los virus disparándoles protones —los protones tienen carga positiva y los electrones carga negativa—, pero cuando hay muchos protones, demasiados protones siendo producidos por el sistema inmune, la persona empieza a tener inflamación; así que básicamente cuando sube la cantidad de electrones, la persona se **conecta a tierra** —*grounding*—, esos electrones se complementan con los protones y deja de haber inflamación y lo que se ha visto es que se reduce el cortisol y también mejora mucho la viscosidad de la sangre (Suárez, 2021).

Alberto Pérez Samartín (2015) de la universidad del País Vasco, en Vizcaya, España afirma que se sabe que la estimulación mediante acupuntura del punto **E36** (Acupunto 36 del meridiano del Estómago, también llamado *Zusanli*) produce efectos beneficiosos en patologías inflamatorias tanto del tracto digestivo como del resto del cuerpo a través de unos mecanismos no del todo bien conocidos. La estimulación de E 36 (Zusanli) es capaz de reducir citocinas proinflamatorias. Por otra parte, *la estimulación del nervio vago es capaz también de reducir estas citocinas a través de la "vía parasimpática antiinflamatoria"* (Borovikova et al., 2000). Artículos científicos recientes demuestran que la electroacupuntura de E36 (Zusanli) vehiculizada a través de fibras del nervio ciático es capaz de activar centros troncoencefálicos y hacer descender información hasta las glándulas suprarrenales a través de fibras del vago. El efecto antiinflamatorio así conseguido se basa en la liberación del neurotransmisor dopamina y activación de su receptor tipo D1 en las suprarrenales. El conocimiento de este mecanismo abre las puertas a la utilización potencial de la estimulación de

puntos concretos del cuerpo para controlar un proceso inflamatorio.

4.- Enlace entre el sistema nervioso entérico y el cerebro.

Craig (2009) encontró que las emociones surgen de sentimientos en nuestros órganos y entrañas, son enviadas a través del nervio vago a la Corteza Anterior Insular en el centro del cerebro (AIC) que capta los sentimientos a través del tiempo y los almacena como instantáneas de sentimientos, como una memoria emocional de trabajo para dar una respuesta emocional al mundo que nos rodea, estando en constante actualización con base en las experiencias que se tienen en el entorno.

Por otra parte, Porges, Kolacz y Kovacic (2019) investigaron y encontraron que una variedad de trastornos psiquiátricos como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático con frecuencia coexisten con trastornos gastrointestinales (GI) funcionales.

5.- La neurocepción que detecta seguridad o amenaza.

Stephen Porges (2004, 2022) acuñó el término neurocepción para describir la forma en que nuestro Sistema Nervioso Autónomo (SNA) busca señales de seguridad y peligro sin la ayuda de nuestro cerebro pensante. Esto se aplicaría tanto para la información que recaba el Sistema Nervioso Entérico (SNE) como el nervio vago en los órganos y vísceras que inervan. Porges enfatiza que neurocepción no es percepción.

La teoría polivagal propone que la neurocepción implica funcionalmente mecanismos de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba, a través del nervio vago. Se supone que el proceso neuronal es iniciado a través de vías de arriba hacia abajo que involucran áreas corticales ubicadas en o cerca de la corteza temporal que interpreta reflexivamente las señales de amenaza y seguridad. Estas áreas de la corteza son sensibles a la intencionalidad de la biología, por ejemplo, movimientos que incluyen voces, caras, gestos y movimientos de manos.

6.- Contraindicaciones

Una estimulación muy enérgica del vago —o del nervio trigémino— puede parar completamente la contracción rítmica del nodo Sino-Auricular o bloquear por completo la transmisión del impulso cardíaco a través del sistema eléctrico cardíaco o por el reflejo óculo-cardiaco o trigémino-vagal (Muñoz-Báez et al, 2020; Lang, 1991).

7.- La herencia reptiliana y la mamífera

Como seres humanos somos privilegiados, junto con los mamíferos, de haber desarrollado el mecanismo de Compromiso Social, descubierto por Stephen Porges. Esta Participación Social se da en el eje Cara-Corazón, conectado por el nervio vago ventral (nervio craneal X), el nervio vago más "joven", filogenéticamente hablando. Nuestra cara, en sus músculos oculares, bucales, entre otros, está repleta también de otros nervios craneales, específicamente del trigémino (V), facial (VII), auditivo (VIII), glosofaríngeo (IX), espinal accesorio (XI). El Compromiso Social es el mecanismo más consciente y evolucionado que tienen los mamíferos (principalmente los humanos) para adaptarse, haciendo uso de habilidades sociales y comunicativas a través del lenguaje, gestos, símbolos, la compasión, el amor, las relaciones grupales, las leyes, etcétera.

La herencia mamífera nos otorgó el sistema nervioso simpático (SNS) de lucha o huida. No es simpático porque sea humorístico, ni es simpático estar en una situación amenazante donde nuestras alternativas sean solamente luchar o huir. El SNS activa el eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA), descargando todas las hormonas de adaptación al estrés: cortisol, aldosterona, DHEA, junto a la activación del sistema autónomo simpático: adrenalina, noradrenalina, dopamina y permite que en determinadas circunstancias de amenaza evaluemos si es mejor luchar (pelear, enfrentar, defenderse) o huir (escapar, fugarse, evadir).

En nuestros genes tenemos una herencia reptiliana que acciona ante un evento aterrador o muy estresante en el que nuestro cuerpo se paraliza, se inmoviliza o "congela", como una

estrategia extrema para sobrevivir ante una amenaza de muerte, por lo que en estos casos veremos cuerpos humanos que se disocian mentalmente, involuntariamente se desmayan, defecan, tiemblan, lloran, gritan, se orinan. Filogenéticamente traemos este mecanismo, muy útil para los reptiles, pero no tanto para los humanos, aunque sí para las mujeres en un parto o en lesiones con dolores extremos.

En resumen, la mejor estrategia para los reptiles es la del congelamiento, porque no poseen la respuesta simpática de mamíferos ni la respuesta social del humano. Para los mamíferos, su mejor respuesta es la del SNS, y en pocas ocasiones será la del congelamiento. Finalmente, para los humanos, su primera y mejor estrategia será la del Compromiso Social o sus variantes como el Juego y la Intimidad. Sin embargo, la respuesta simpática (SNS de lucha o huida) o la parasimpática vagal dorsal primitiva nos serán útiles para sobrevivir, a pesar de los inconvenientes sociales o higiénicos, porque son las últimas estrategias adaptativas que rebasan la consciencia y lo socialmente conveniente.

8.- El *tapping* mejora el tono del nervio vago

Schwarz (2018) ha observado que el *tapping* (EFT y otras técnicas de Psicología Energética) en los puntos de acupuntura interviene en el sistema vagal, restaurando la sensación de seguridad en las personas traumatizadas, interviniendo en las funciones reguladoras y de participación social del nervio vago después de los tratamientos de tapping.

Dice Nick Ortner —practicante de EFT—que lo que hace el *tapping* —con asombrosa eficiencia— es detener la respuesta de pelear o huir, y reprogramar el cerebro y el cuerpo para actuar y reaccionar de manera distinta.

9.- La búsqueda de seguridad

Afirma Porges (2022):

"*He reflexionado sobre una pregunta personal: ¿qué principio se puede extraer de la realización de investigaciones empíricas durante más de cinco décadas? ¿Qué principio ha cautivado mi pasión y curiosidad intelectual? ¿Qué tema usaría*

para organizar la información de mis artículos, libros y charlas? O simplemente expresado ¿qué he aprendido?

Después de reflexionar sobre esta pregunta, llegué a un principio conciso e intuitivo de que los humanos, como mamíferos sociales, están en una búsqueda duradera de por vida para sentirse seguros.

Los sentimientos de seguridad y amenaza son interpretaciones subjetivas del sistema nervioso autónomo que se comunica a través de la interocepción con estructuras cerebrales superiores. La teoría polivagal reconstruye esta verdad intuitiva en una neurociencia plausible con hipótesis comprobables e índices neurofisiológicos objetivos".

10.- La perspectiva polivagal es un complemento en la terapia, no un reemplazo

Dice Porges: "*Quiero enfatizar que la perspectiva polivagal de ninguna manera es un reemplazo para ningún modelo particular de terapia. Más bien, es una forma de ver el sistema nervioso, que puede informar y profundizar cualquier enfoque clínico. Pienso en ello como una especie de conciencia momento a momento de las reacciones biológicas en curso de uno mismo y de los demás que influyen profundamente en la calidad de la relación terapeuta-cliente y, en última instancia, en la sensación fundamental de seguridad del cliente en el mundo. Es un elemento de atención plena*".

11.- Síntomas y activaciones del sistema nervioso autónomo

Heller y LaPierre (2017) señalan los síntomas dominantes que han observado en el sistema nervioso autónomo.

A.- En el sistema nervioso simpático:

Si el cuidador no responde adecuadamente a la necesidad del bebé, este agrava su demanda acelerando la rama simpática del sistema nervioso autónomo, protestando ante la falta de respuesta y finalmente teniendo un estallido de ira, esto porque

lo interioriza instintivamente como una amenaza a la relación de apego, o sea, como algo peligroso para su supervivencia. En entornos negligentes y abusivos en los que la falta de una respuesta adecuada es crónica, la ira y la agresividad no pueden resolverse. Los síntomas de la activación simpática no liberada se desarrollan y sumen a los niños y a su posterior adultez en estados de alta ansiedad e irritabilidad, con propensión a explosiones de mal genio, temor e incluso ataques de pánico.

B.- En el sistema nervioso parasimpático:

Cuando la agresividad, la ira y otras formas de protesta resultan ineficaces, imposibles o peligrosas, los niños se adaptan. En cierto punto, si la falta de sintonía persiste, la activación simpática crónica sobrecarga el sistema nervioso; los niños se adaptan a través de la resignación, eliminando la protesta, la ira y la necesidad en sí misma, y pasan a la respuesta de inmovilidad parasimpáticamente dominante. Las necesidades no satisfechas y los sentimientos no resueltos se unen en el cuerpo y en el sistema nervioso en forma de activación no liberada, que se retiene como tensión física o como estados de colapso o inmovilidad. Y a medida que la ira, la rabia y la posterior agresividad positiva se van integrando, los síntomas como la ansiedad y la depresión retroceden. Conforme se identifican las necesidades básicas no satisfechas en el desarrollo y se trabaja la integración de todas las emociones, la conexión con la fuerza vital se fortalece progresivamente.

12.- Polémica sobre el consentimiento sexual

En el año 2018, en una carta abierta al Ministerio de Justicia y a la ciudadanía española casi 2.000 psiquiatras y psicólogos colegiados afirman que no tiene sentido plantear el consentimiento en referencia a una mujer violentada sexualmente en La Manada, Pamplona lamentan que los jueces no reciban formación en "perspectiva de género" y explican que criticar la capacidad de la víctima para rehacer su vida es "seguir agrediéndola". Enfatizan en esa carta que "el foco no ha de ponerse en la víctima" en ningún caso.

Se están refiriendo a la Teoría Polivagal de Stephen Porges como la que explica psicológicamente que, ante una amenaza de muerte o grave violencia sexual es común permanecer inmóvil

cuando no se puede huir. Por tanto, aseguran, "no tiene sentido plantear la cuestión del consentimiento o la resistencia" porque esa capacidad queda totalmente anulada. "El bloqueo de la víctima es una reacción común", concluyen.

Añaden que tampoco hay lugar para preguntarle a la víctima si tuvo respuesta sexual porque, argumentan, "el organismo genera sustancias para producir analgesia frente al dolor" en situaciones extremas. En este sentido, señalan que siguen perpetuándose "los imaginarios colectivos" según los cuales "las mujeres necesitan ser insistidas". Una fantasía que "motiva" que ante los jueces sean las "víctimas las que tienen que demostrar que no lo desean, resistiéndose explícitamente a pesar de que la paralización y el bloqueo" son "reacciones automáticas ante el pánico".

Hay que recordar que cuando un ser humano es sometido a grandes presiones que amenazan su vida puede entrar en alguno o varios de los siguientes estados: *shock*, parálisis corporal total o parcial, defecación o micción involuntarias, desmayos, vértigos, disociación, temblores corporales, etcétera, incluso la muerte. No lo digo yo, lo dice la Teoría Polivagal de Porges.

Breviario de casos y variantes

A.- En algunos consultantes o en algunos grupos, si noto que hay ansiedad o tensión al inicio, les he facilitado que respiren polivagalmente (inhalaciones y exhalaciones largas) mientras colocan una mano en el corazón y una mano en la cara. Otra variante es poner una mano en el corazón y otra mano en la parte trasera (occipital) de la cabeza, mientras se respira de la manera señalada. a veces agrego que pongan su lengua en el paladar duro o en el paladar blando.

También, me apoyo en que realicen posturas y movimientos para contribuir a construir un mejor tono vagal a través del reflejo óculo-cardiaco, y esto contribuya a una mejor participación social y una mejor conexión cara-corazón.

B.- Sonreír y reír.

La sonrisa, el humor y la alegría activan el sistema de involucramiento social (o ventral-vagal) del que habla Stephen Porges en su Teoría Polivagal.

Es por eso que el humor en el rapport o la sonrisa en varios de los ejercicios del taoísmo tendrían esta ventaja, aunque ellos no conocieran la Teoría Polivagal.

Referencias

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2020). "Más allá del tapping…AMSB". Publicación Independiente en Kindle.

Berthoud, HR & Neuhuber, WL (December 2000). "Functional and chemical anatomy of the afferent vagal system". Autonomic Neuroscience. 85 (1–3): 1–17. doi:10.1016/S1566-0702(00)00215-0. PMID 11189015. S2CID 30221339

Breit, S., Kupferberg, A., Rogler, G., & Hasler, G. (2018). Vagus nerve as modulator of the brain–gut axis in psychiatric and inflammatory disorders. Frontiers in psychiatry, 9, 44.

Heller, Laurence y LaPierre, Aline (2017). "Curar el trauma del desarrollo. El modelo relacional neuroafectivo (NARM) para restablecer la reconexión. España: Eleftheria

Delvaux, M. (2002). «Sensibilité viscérale: comprendre, diagnostiquer et traiter la dyspepsie et le syndrome de l'intestin irritable», Editions Springer.

Gershon, M. (1999) "The Second Brain: A Groundbreaking New Understanding of Nervous Disorders of the Stomach and Intestine" Harper Collins Publ. N York

Krause DS , Theise ND, Nimmakayalu M, Gardner R, Illei PB, Morgan G, Teperman L, Henegariu O (2000) -Department of Pathology, New York University, School of Medicine, New York, NY 10016, USA. Neil. - Theise@med.nyu.edu

Miller, J.; Kahle, S. and Hastings, P. (2016) "Moderate baseline vagal tone predicts greater prosociality in children":
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293607/

Wood JD, Alpers DH, Andrews PR. Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Sciences In: Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE eds. Rome 11. The Functional Gastrointestinal Disorders 2nd edition. Degon Ass. Mc Lean VA USA 2000; 31-90.

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. Psychological Bulletin, 136(3), 351–374. https://doi.org/10.1037/a0018807

Eisenberg, Nancy: https://www.scientificamerican.com/article/forget-survival-of-the-fittest/

Tracey, K MD "Nueva comprensión del papel del nervio vago en la regulación de la inflamación" (2007): https://www.northshorelij.com/research-and-education
http://www.feinsteininstitute.org/

Krause DS, Kassmer SH, Jin H, Zhang P-X, Bruscia EM, Heydari K, Lee, J-H, Kim CF "Very small embryonic-like stem cells from the murine bone marrow differentiate into epithelial cells of the lung." Stem Cells 2013, May 16. PMID: 23681901.

Krause, DS et al. "Multi-organ, multi-lineage engraftment by a single bono merrow derived stem cell" Cell vol 105, 369-377 - 2001

Dania Idelisa de Miranda R. y col. "Revista Archivo Médico de Camagüey" versión ISSN 1025-0255 AMC v.14 n.6 Camagüey nov.-dic. 2010 http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000600020&script=sci_arttext

Craig, A. D. (2009). "Emotional moments across time: A posible neural basis for time perception in the anterior insula". Philosophical Transactions of the Royal Society of London. 364,1933-1942.

Consejo de Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP, México, 2011). "Avances recientes en la teoría polivagal y el papel de la oxitocina en la neurobiología de la monogamia". Número especial. PAPIIT-UNAM

Pérez Samartín, Alberto (2015). E 36 (Zusanli) immunity's "master point". Departamento de Neurociencias, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco, Leioa, Vizcaya, España. DOI: 10.1016/j.acu.2015.06.007

Porges, Stephen W. (2018). “Guía de bolsillo de teoría polivagal: El poder transformador de sentirse seguro”. Editorial Eleftheria. Recuperado de Kindle

Porges, S. (2004). “NEUROCEPTION: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety”: https://www.semanticscholar.org/paper/NEUROCEPTION%3A-A-Subconscious-System-for-Detecting-Porges/7aa83dc8d507fc38aa97e22233d96fd878ff7e51

Porges S.W. The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. Clevel Clin J Med. 2009;76(Suppl.2):S86–S90 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3108032/

Miller, L. J., Schaaf, R. C., Benevides, T., Blanche, E. I., Brett-Green, B. A., Burke, J. P., Cohn, E.S., Koomar, J., Lane, S. J., Benson, T.A., Parham, D., Reynolds, S., Schoen, S. A. “Parasympathetic Functions in children with sensory processing disorder” Front Integr Neurosci. 2010; 4: 4. Published online 2010 March 9. Doi: 10.3389/fnint.2010.00004.

González-García, M. & González López, J. (2017). Bases neurofisiológicas de Mindfulness y Compasión: una propuesta desde la teoría polivagal. Mindfulness & Compassion, 2, 101-117. Doi: 10.1016/j.mincom.2017.09.002

Porges, Stephen W. “Polyvagal Theory: A biobehavioral journey to sociality, Comprehensive Psychoneuroendocrinology”, Volume 7, 2021, 100069, ISSN 2666-4976, https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2021.100069.

Selye, Hans. “Stress and the General Adaptation Syndrome”. Br Med J. 1950 Jun 17; 1(4667): 1383–1392. PMCID: PMC2038162 Doi: 10.1136/bmj.1.4667.1383

Rosenberg, Stanley (2017). “El Nervio Vago sanador”. España: Sirio

Schwarz, R. (2018). “Energy psychology, polyvagal theory, and the treatment of trauma,” in Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies, eds S. W. Porges and D. A. Dana (New York, NY: Norton), 270–284

Muñoz-Báez, Karen; Díaz-Arroyo, José Andrés; Morales-Mendoza, Juan Pablo; RamosVillegas, Yancarlos; et al. “Emergencias cardiacas en pacientes neuroquirúrgicos” Cardiac emergencies in neurosurgical patients. Rev. Chil. Neurocirugía 46: 153-160, 2020 https://www.neurocirugiachile.org/pdfrevista/v46_n3_2020/munoz-baez_153_v46n3_2020.pdf

Domínguez Trejo, Benjamín (2012). Traductor al español de: “La Teoría Polivagal para el Tratamiento del Trauma. Una sesión de Tele seminario con Stephen W. Porges, PhD y Ruth Buczynski, PhD” https://psicoterapiabilbao.es/wp-content/uploads/2015/11/la_teoria_polivagal_1_.pdf

Marcos, Laura (2018) 2.000 psiquiatras y psicólogos: "no tiene sentido plantear el consentimiento" en la sentencia de La Manada: https://cadenaser.com/ser/2018/05/02/sociedad/1525262606_914843.html

Kolacz, J., Kovacic, K. K., & Porges, S. W. (2019). Traumatic stress and the autonomic brain-gut connection in development: Polyvagal theory as an integrative framework for psychosocial and gastrointestinal pathology. Developmental Psychobiology, 61(5), 796–809. https://doi.org/10.1002/dev.21852

Porges, S.W. (2021) Ancient Rituals, Contemplative Practices and Vagal Pathways. In J. Gordon-Lennox (Ed.) Coping Ritual in Fearful Times: An Unexplored Resource for Healing Trauma. Springer Nature, Cham, Switzerland.

22.- CÓMO SUCEDEN LOS CAMBIOS TERAPÉUTICOS

"*No basta con pensar en algo para lograrlo. Es algo más complejo que esa simpleza*".

Amit Goswami

"El cerebro recuerda las experiencias abrumadoras principalmente como recuerdos corporales y de sentimientos, no tanto como eventos; eso es lo que te ha estado abrumando; ¡Debes haber pensado que te estabas volviendo loco! Pero esto es normal, porque como ves aquí, las experiencias traumáticas se registran en esta pequeña área llamada 'amígdala', y es por eso que los síntomas son tan intensos. No estás recibiendo imágenes o flashbacks, estás recibiendo estas reacciones emocionales y físicas que te abruman porque son recuerdos traumáticos".

Janina Fisher

Peor aún, puede que no haya ningún evento o imagen a la que podamos conectar estos recuerdos no verbales. Décadas de investigación sobre los efectos del trauma confirman que es menos probable que las experiencias abrumadoras se recuerden en una narración clara y coherente o en una serie de imágenes que podamos describir. Es más probable que el trauma se recuerde en forma de elementos sensoriales sin palabras (Ogden, Minton y Pain, 2006): emociones, sensaciones corporales, cambios en la respiración o el ritmo cardíaco, tensión, refuerzo, colapso o simplemente sentirse abrumado.

Cuando los desencadenantes o las “minas terrestres” evocan recuerdos implícitos, volvemos a experimentar la sensación de amenaza, peligro, humillación o impulsos de huir que experimentamos en el momento de la amenaza, incluso si no tenemos un recuerdo verbal consciente de lo que sucedió.

Muchas personas describen experiencias *deja Vu*, como "Siento que he estado aquí antes" o "Esto parece familiar, pero no sé por qué". Esos también son recuerdos sin palabras.

Un consejo para guiarte: si el sentimiento o la reacción es doloroso, confuso o abrumador, ¡es probable que sea un recuerdo de un sentimiento o un recuerdo corporal!

Muchos sobrevivientes de trauma se sienten incómodos cuando no recuerdan eventos completos o cuando los recuerdos están fragmentados o son poco claros o consisten solo en unas pocas imágenes, no en un video mental completo de los eventos.

Con nuestros sistemas sensoriales, podemos ver las imágenes espontáneamente o escuchar los sonidos relacionados con el evento. Nuestras emociones pueden recordar cómo se sintió algo. Nuestros cuerpos pueden recordar los impulsos y movimientos y las sensaciones físicas (tensión, temblor, sensación de hundimiento, aleteo, estremecimiento) experimentadas en ese momento.

Es importante saber que el trauma no se puede recordar de la misma manera que se recuerdan otros eventos debido a

sus efectos en el cerebro. Cuando sienta el impulso de dudar de su memoria o intuición de que algo le sucedió, recuerde que recordar eventos como una historia o narración no es la única forma de recordar.

MacLean dividió el cerebro en tres áreas: la corteza prefrontal o cerebro pensante, el cerebro animal o mamífero y el cerebro reptiliano. Cada una de estas áreas graba los recuerdos de distinta manera (Fisher, 2021).

La **amígdala**, considerada principalmente como el detector de **miedo**, también detecta todas las demás emociones. Responde al miedo porque procesa las emociones en orden de importancia. Entonces, cuando el miedo es la emoción más significativa en el cerebro —como suele serlo en los traumas— la amígdala responderá. Por cierto, tenemos dos amígdalas, una en cada hemisferio cerebral.

La **preocupación** es la respuesta del cerebro al miedo, para bloquear las emociones negativas que residen en el subconsciente. Este tipo de patrones de pensamiento negativos pueden crear lo que podría identificarse como un secuestro de la amígdala. Algunos neurocientíficos han sugerido que la preocupación es una estrategia —subconsciente— de evitación cognitiva en la que la verbalización interna actúa para suprimir imágenes emocionales amenazantes. La preocupación interrumpe el "puente cerebral" (cuerpo calloso) y vuelve lento el tiempo de transferencia del hemisferio izquierdo al derecho.

Reconsolidación de la memoria y plasticidad neuronal

Estudios de neurociencia realizados a partir de 2004 (Pedreira, Pérez-Cuesta y Maldonado) muestran que, en efecto, el cerebro tiene la llave de esas sinapsis cerradas: un tipo de neuroplasticidad conocida como reconsolidación de la memoria, que, cuando es impulsada por determinadas experiencias, efectivamente abre las sinapsis de un aprendizaje emocional propuesto como destinatario, y permite que este no solo sea ignorado, sino realmente anulado y borrado por el aprendizaje nuevo. Estos estudios demuestran que el cerebro siempre es capaz de abrir y disolver aprendizajes emocionales y, lo más notable, sabemos cuál es la serie de experiencias que se requiere para ello.

Este período temporal de **desconsolidación, o «ventana de reconsolidación»**, la demostraron muy pronto empíricamente Pedreira, Pérez-Cuesta y Maldonado (2002) en estudios con animales, y después otros en estudios con animales y humanos (Duvarci y Nader, 2004; Pedreira y Maldonado, 2003; Schiller et al., 2010; Walker, Brakefield, Hobson y Stickgold, 2003). Es una ventana de cinco horas durante la cual el aprendizaje destinatario desconsolidado es directamente revisable por un aprendizaje nuevo y por tanto se puede desaprender de raíz y, en consecuencia, deja de existir en la memoria –sin usar agentes químicos desbloqueadores de la sinapsis, casi todos tóxicos para los humanos.

Un estado desconsolidado, que permite el borrado no solo mediante medios químicos, sino también, como después demostraron los investigadores y se explica aquí más adelante, mediante aprendizajes nuevos antes de que se produzca la reconsolidación. La belleza de la ventana de reconsolidación es que durante ella desaprender es borrar.

Los neurocientíficos emplean el término «reconsolidación» en dos sentidos: para referirse el rebloqueo de las sinapsis en el paso final del proceso natural de desbloqueo y rebloqueo sináptico, pero también para referirse al proceso general del cerebro de desbloquear y después volver a bloquear las sinapsis que codifican un determinado recuerdo, por ejemplo, el borrado objetivo de recuerdos traumáticos pertinaces.

A partir de este principio, quienes postulan psicoterapias de cambio emocional profundo y enfocado infieren que la reconsolidación debe ser el mecanismo neurobiológico del cambio inducido por sus métodos: la terapia de la coherencia (Ecker, 2006, 2008; Ecker y Hulley, 2011; Ecker y Toomey, 2008), la terapia centrada en las emociones o TCE (Greenberg, 2010), la exposición con golpeteo de los puntos de acupuntura (Feinstein, 2010), la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o EMDR (Solomon y Shapiro, 2008), la neurobiología interpersonal o NBIP (Badenoch, 2011) y la terapia psicoanalítica junguiana (Gorman y Roose, 2011).

El simple hecho de reactivar una memoria objetivo no basta para hacerla lábil ni modificable. La reactivación de un recuerdo es solo el primero de los dos pasos necesarios para situar a la memoria en condiciones de poder ser reemplazada por el aprendizaje nuevo. El segundo paso necesario es una percepción o experiencia que no se ajuste a la memoria objetivo, sea en forma de una destacada novedad o una contradicción directa. Solo después de estos dos pasos se actualizará la memoria con la experiencia de aprendizaje que se produzca a continuación.

El viejo modelo de memoria creía que la memoria era estática, como sacar una foto de un álbum de fotos, mirarla y volver a colocarla en el álbum sin cambios. Sin embargo, los nuevos modelos de la función cerebral muestran que cuando recordamos un recuerdo, podemos asociarlo con señales del presente. Por ejemplo, el recuerdo de una violación puede ser aterrador para que un cliente lo recuerde solo. Cuando se le dice a un terapeuta comprensivo en un entorno seguro, los elementos del entorno actual pueden incorporarse al contenido emocional de un recuerdo. Este fenómeno se denomina reconsolidación de la memoria (Arden, 2013).

La **epigenética y la plasticidad neuronal** aún no se habían descubierto en la década de 1980. Como lo resume el neurólogo Norman Doidge, MD de la Universidad de Columbia: "El descubrimiento de que el cerebro humano puede cambiar su propia estructura y función con el pensamiento y la experiencia, activando sus propios genes para cambiar sus circuitos, reorganizarse y cambiar su funcionamiento, es lo más importante alteración en nuestra comprensión del cerebro en cuatrocientos años" (citado en Feinstein, 2012).

Afirma Peta Stapleton (2019): "*Es un hecho que la experiencia enriquece las conexiones sinápticas. En el momento en que esos circuitos se organizan aún más en nuevas redes, el cerebro produce una sustancia química. Ese químico se llama sentimiento o emoción. Eso significa que en el instante en que sientes libertad, plenitud o alegría por ese evento novedoso, ahora le estás enseñando a tu cuerpo químicamente a comprender lo que tu mente ha entendido intelectualmente. Ahora la nueva información está llegando a su cuerpo, no solo a su mente, y está cambiando su estado de ser. Esta es a menudo*

la razón por la que las personas dicen que se sienten tranquilas, pacíficas e incluso delirantemente felices después de haber usado el tapping: el cerebro cambia y los ensayos de seguimiento a largo plazo lo están demostrando".

Epigenética

Si bien el proceso de evolución genética puede llevar miles de años, ya que los genes generan mutaciones que a veces son exitosas y a menudo no, la evolución a través de la experiencia y la imitación puede ocurrir en minutos, y entonces ser transmitido a la siguiente generación.

Además de seres de materia, somos seres de energía. El electromagnetismo impregna la biología, y hay un componente electromagnético en cada proceso biológico. Si bien la biología se ha contentado en gran medida con las explicaciones químicas de cómo y por qué funcionan las células, hay muchos hallazgos de investigaciones preliminares tentadores que muestran que los cambios electromagnéticos acompañan prácticamente a todos los procesos biológicos. La energía que fluye dentro, alrededor y fuera de las neuronas y los genes interactúa constantemente con el entorno exterior.

Los **genes** son cómo los organismos almacenan información, mientras que la energía es acerca de cómo ellos comunican información. Investigar genes sin mirar el componente energético del ADN es como estudiar el disco duro de una computadora sin enchufar el cable de alimentación. Los discos duros están compuestos por miles de sectores, subestructuras que almacenan información (Eldridge, 2004),

Epigenética, un campo emergente de gran importancia para la comprensión científica del aprendizaje, la memoria y la producción de síntomas. El término se refiere a un complejo sistema de maquinaria molecular que produce modificaciones, impulsadas por la experiencia (es decir, impulsadas por el aprendizaje), de la expresión genética sin mutar los propios genes. En la compleja interacción de la naturaleza y la crianza, los mecanismos epigenéticos aportan las influencias de la crianza a nuestros genes –en forma de unidades o etiquetas

moleculares que se pegan a los genes o las estructuras cercanas o se quitan de ellos, e influyen así en el nivel de actividad génica como respuesta a las experiencias del entorno-. Los investigadores han progresado mucho en la delimitación de los detallados marcadores epigenéticos y los consiguientes cambios en la expresión génica en el cerebro que deriva, por ejemplo, de experiencias que generan depresión o apego inseguro y angustia (Franklin et al., 2010; Tsankova, Renthal, Kumar y Nestler, 2007).

Citado por Church (2009), el Dr. Joe Dispenza dice: "Como sabemos por la epigenética, si el entorno señala nuevos genes y el producto final de una experiencia en el entorno es una emoción, literalmente estás señalando los nuevos genes de nuevas maneras. Ahora estás comenzando a instruir químicamente a tu cuerpo para que comprenda lo que tu mente ha entendido teóricamente. Y dado que todos los genes producen proteínas, y las proteínas son responsables de la estructura y función de tu cuerpo (la expresión de las proteínas es la expresión de la vida), literalmente estás cambiando tu destino genético".

Breviario de casos y variantes

A.- ***Nuevas rutas neuronales:** Gerhard Hüther (Biologie der Angst) propone realizar posturas y movimientos que no hayamos hecho antes, esto para estimular nuevas rutas neuronales, a pesar de las sensaciones raras iniciales, porque aún no son movimientos automáticos. Esto también puede aplicarse a instalar o fortalecer nuevas creencias extrañas o ambiciosas. Con la práctica, esta ruta neuronal se convierte en "autopista" que se activa con mayor rapidez y eficiencia en lo que se condicionó.

Referencias

Church, Dawson (2009). “The Genie in Your Genes. Epigenetic Medicine and the New Biology of Intention”. Second Edition. USA: Energy Psychology Press

Ecker, Bruce; Ticic, Robin; y Hulley, Laurel (2020). “La reconsolidación de la memoria: desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia”. Primera edición. Barcelona: Octaedro, S.L.

Eldridge, Niles (2004). Why We Do It (New York: Norton), p. 15.

Feinstein, David (2012). What Does ENERGY Have to Do With Energy psychology? Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/314881896_What_Does_Energy_Have_to_Do_with_Energy_Psychology

Fisher, Janina, PhD (2021). “Transforming the living legacy of trauma. A workbook for survivors and therapists”. United States of America: PESI, Inc.

Stapleton, Peta, Ph.D. (2019). “The Science behind Tapping. A proven stress management technique for the mind & body“. Hay House, Inc.: USA

23.- PARA QUE UNA SESIÓN SEA EXITOSA

De acuerdo a mi experiencia, los elementos que considero importantes para que una sesión individual o grupal sea exitosa son:

Preparación del terapeuta

El terapeuta no es de hule ni robot, necesita prepararse en lo higiénico, en lo físico relajándose, en evitar distracciones cotidianas, en plantarse o tomar tierra (recogimiento); así como abrir la mente y el corazón a algo más grande que permita soluciones (centramiento).

Puede recurrir a técnicas terapéuticas y a sus propias creencias religiosas o espirituales. Por ejemplo, los ejercicios recomendados en la teoría Polivagal y en el Brain Gym son excelentes alternativas.

Preparación del consultante

Ser educado y amable con él. Entablar *rapport* o clima de confianza, tanto de manera social como corporal.

Facilitar técnicas de relajación y/o mindfulness a través de recursos como ritmos respiratorios, atención plena del cuerpo, música instrumental de fondo, procurar tener el lugar cómodo y seguro.

También, la toma de tierra —enrraizamiento— y el centramiento aplican para el consultante.

Seguridad y contraindicaciones

¿Has verificado si tu consultante está embarazada? ¿Sabes si la persona consultante está bajo tratamiento psiquiátrico o de alguna enfermedad como diabetes, esquizofrenia, epilepsia o hipertensión? ¿Tiene alguna lesión en el cuerpo que le impida realizar un movimiento o postura? ¿Tiene alguna fobia o alergia que impida que realices algún ejercicio o actividad que rechace o se sienta mal? ¿El consultante se siente inseguro o temeroso por alguna razón que tú ignoras?

Establecimiento de zonas y recursos de seguridad. Se le orienta a que el consultante descubra zonas y recursos de seguridad que amortiguarán sus crisis o recuerdos involuntarios de malestar, como los *flashbacks*.

Recurso corporal: Que descubra en qué parte de su cuerpo tiene una sensación-sentida que le proporcione calma, confianza o seguridad.

Recurso de brainspot de seguridad: Que explore en un campo visual —una pared, por ejemplo— un punto o zona donde conecte con un recuerdo de seguridad o confianza.

Recurso de lugar físico seguro: Que se de cuenta en qué lugar de su hogar se siente más seguro ¿Su habitación, cierto sillón, el patio?

Recurso imaginativo de un contenedor: Que visualice un contenedor donde coloque o guarde experiencias negativas, traumáticas o de malestares.

Recurso de objeto, planta o animal: Que identifique

cuáles objetos, plantas/árboles o animales le proporcionan seguridad, confianza o protección.

Contratiempos y emergencias

¿Cuentas con baño, servilletas o toallitas desechables, bote de basura, botiquín de primeros auxilios, extinguidor contra incendios?

¿Sabes qué hacer en una intervención en crisis?

Primero, guardar tú la calma, no te vas a poner a gritar ni a llorar como el consultante, solamente lo vas a acompañar y a facilitar que no se dañe en la crisis.

Segundo, comprender qué puedes hacer según lo que presente el consultante. Si estalla en llanto dejar que desahogue eso, sin intentar reprimir o juzgar. Si se duerme en una relajación o visualización guiada intentar despertarla y, si no despierta, esperar hasta que se despierte, tener paciencia. Si llegó a un evento traumático que se salió de control hay que retornar al presente y no volver a ese evento por ahora, siendo mejor recurrir a otros eventos donde no se descontrole, ya después llegará un momento gradual y posterior —en próximas sesiones— para retomar el evento más fuerte.

Tercero, facilitar técnicas sencillas que disminuyan o erradiquen la crisis. Por ejemplo, instruirle a que se aplique tapping EFT y tapping EMDR —o solicitarle permiso para aplicárselo—, reproducir música instrumental de fondo, hablar en tono bajo y pausado, preguntarle si tiene necesidad de vomitar o escupir, para lo cual se le acercaría un recipiente. Si fuera una situación más grave preguntarle a quién de sus seres queridos de confianza se le puede contactar en ese momento. Si de antemano sabes que es una persona que tiene historial de convulsiones —por epilepsia o episodios ansiosos— hay que documentarse para estar preparado y saber reaccionar adecuadamente ante una eventualidad de este tipo.

Cuarto, evaluar si se tiene que suspender la sesión o se puede continuar. Asimismo, procurar que cuando se marche el consultante esté en condiciones suficientes para no sufrir un accidente.

¿Qué hacer cuando se estanca o bloquea un consultante?

Los expertos de diversos enfoques dan las siguientes pautas, aplicar una o varias:

1.- Que beba un vaso de agua. Esto a veces hace fluir a la persona.

2.- Que retire a un lado su teléfono celular, reloj, aretes, colguijo y pulsera. Porque interfieren energéticamente.

3.- Que vuelva a centrarse respirando y con ejercicios de atención plena —mindfulness—.

4.- Cambiar de técnica. A veces hay técnicas que no funcionan en algunos consultantes o que simplemente no se sienten cómodos o no creen en estas.

5.- Indagar con el consultante si está interfiriendo algún recuerdo o motivo que no se está trabajando en este momento.

6.- Romper el ritmo inútil. ¿Cómo? Cambiar de postura, de silla, de lugar, de campo visual, animarlo a que se refresque el rostro, que camine unos momentos y luego se vuelva a sentar, que respiren lentamente.

7.-Preguntarle en qué parte de su cuerpo siente el bloqueo o estancamiento. Y trabajar con esta sensación-sentida. También, preguntarle dónde localiza el *brainspot* de este bloqueo o estancamiento, y trabajar terapéuticamente con eso.

8.- Chia y Hilton (2017) recomiendan que, si durante el proceso de intervención se atasca o bloquea el consultante, que se concentre en las sensaciones corporales y trate de procesarlas primero antes de volver a las imágenes y creencias sobre el tema.

Sentido del humor

El sentido del humor en la terapia es apreciado y

usado por terapeutas como Héctor Salama —terapeuta Gestalt— y Richard Bandler —co-creador de la PNL—. De hecho, Ángel Briones-Barco relata en uno de sus libros (2016) que estando en un curso de Bandler una señora se sintió ofendida por los sarcasmos de este, respondiendo Bandler: "*Deberían conocer a Farrelly*".

El sentido del humor es valorado y usado frecuentemente como recurso importante en la *terapia provocativa* de Frank Farrelly, donde se combina el humor con la compasión y el buen contacto de rapport con el consultante. Si no hay compasión y rapport no funcionará la provocación en este tipo de terapia (Sarink, 2019). El tono de voz que se acomode al mensaje que queremos enviar como desafío, el ojo medio guiñado, la sonrisa de lado, el corazón abierto, con afecto, son los medios con los que se comunican los terapeutas provocativos. Nunca se debe decir que el otro es un inútil inservible (Briones-Barco, 2016).

Joan Garriga (1998), referente de la Terapia Gestalt y las Constelaciones Familiares, expone que, **e**n lo concreto de la terapia le surge a veces el hacer chistes que pretenden romper la gravedad y la importancia de algunas situaciones, y el ofrecer perspectivas alocadas y casi absurdas de los asuntos que puedan llevar al paciente a tomarse menos en serio y abrir brechas en sus rigideces perceptivas, "*a menudo el humor es una vía "light", pero justamente su ligereza y desprovisión de amenaza, genera una atmósfera de juego en la que el paciente necesita defenderse menos y puede integrar más lo que previamente le parecía tan absolutamente trágico*". Añade Garriga que algunos pacientes se han sentido ofendidos por sus intervenciones cómicas, y cree que a veces tenían razón por el hecho de que con su humor estaba frenando algún proceso significativo interno, así como cree que otras veces su sentirse ofendidos era una forma de resistencia a resquebrajar su importancia personal o su edificio egoico. Y que esto último le parece absolutamente respetable, a la par que nuevamente cómico. En resumen, dice que trata de ver lo cómico y absurdo de las pretensiones caracteriales tanto como las respeta profundamente.

Otros que valoran el humor y lo utilizan en sus oficios son Alejandro Jodorowsky y Héctor Suárez.

Jodorowsky —psicomago y diez oficios más— tiene claro el trasfondo iniciático de contar ciertos chistes y que el humor puede ser un medio de transporte para las metáforas, las analogías y la enseñanza en sus libros, conferencias y entrevistas.

Héctor Suárez, primer actor y cómico ya fallecido, decía que su comedia transmitía mensajes al público para concientizarlo, porque si expresaba su mensaje sin comedia la gente no se interesaba y hasta se sentía ofendida.

Temporalidad

En el **presente**, se detectan síntomas, signos, pensamientos y sentimientos en el consultante sobre su motivo de consulta, sea este una necesidad, problema, trauma, transtorno o conflicto.

El EMDR aborda los tres vértices del triángulo del tiempo: **pasado, presente y futuro**.

En cuanto al **pasado**, dice Francine Shapiro que hay Traumas con T mayúscula (violaciones, accidentes, víctimas de delitos, sobrevivientes de guerras, etc.) y traumas con t minúscula (discusiones de pareja, sustos, ansiedades moderadas, etc.).

Y para trabajar el **futuro** hay que instalar una creencia positiva y ensayar con visualizaciones cómo reaccionará el consultante.

Por ejemplo, si una persona tendrá que hablar en público puede motivarse viendo los materiales: Viendo el lugar (presencial o en fotografía) en el que se hará una presentación o acción; paseo presencial o visualizado del lugar; portando la ropa que se pondrá el día del evento; viendo y tocando los instrumentos que usará (micrófono, silla, mesa, etc.); escuchar el ruido, aplausos o murmullos del público, entre otros.

Antes de sus eventos, Héctor Suárez agradecía *a los espíritus* de ese lugar donde actuaría.

En PNL se menciona el *Puente a Futuro*, que es instalar la estructura de cómo queremos instalar los cimientos de nuestro porvenir. Principalmente se hará a través de submodalidades de los sentidos visuales, auditivos y cenestésicos. ¿Qué esperamos ver, oír, tocar, oler al conseguir la meta o el propósito?

La creatividad, el impacto y la metáfora en los recursos

Es útil tener a la mano recursos materiales para apoyarnos en ellos al momento de estar en una sesión individual o grupal.

He visto en video conferencias a la gran terapeuta Norma Contreras que recurre a enmicados de esquemas y gráficas electrónicas, así como diversos muñequitos y materiales orientados a explicar aspectos del trauma, partes de la personalidad IFS y otros temas.

He leído bastantes libros y visto algunos videos de Danie Beaulieu —creadora del EMI y experta en Terapia de Impacto— usar creativamente recursos materiales para incidir espectacularmente en las terapias que facilita en niños, adolescentes y adultos.

Yo tengo un contenedor de plástico repleto de recursos como: muñequitos, pelotitas, cuarzos, *post-it* de colores, mazo de cartas de arquetipos de Caroline Miss, muñecas rusas, etc.

Aparte, cuento con tabla circular giratoria, pintarrón, sillón replegable, sillas, monitor con internet, hojas de papel, plumones y crayones, metrónomo, entre otros objetos.

Adquirí un busto —cabeza y mitad del torso— de unicel para pintarle o señalarle los puntos energéticos de la Psicología Energética. Así como mostrar las zonas de músculos como el ECM, el trapecio y los nervios craneales importantes en la teoría polivagal y los acupuntos de EFT.

Como ayudas ambientales cuento con: Incienso, símbolos

religiosos congruentes con creencias del consultante, música relajante o bilateral, verifico la limpieza del lugar, ofrezco vaso de agua, y en ocasiones puedo recurrir a la pantalla con videos de música y paisajes relajantes en You Tube.

En el consultorio de mi trabajo institucional tengo una imagen del Yin/Yang. En una de las paredes señalé cuadrantes que me son útiles para ejercicios que implican trabajar con el campo visual. También tengo un recipiente metálico donde en ocasiones quemo cartas, papelitos con creencias escritas, post-it, dibujos, etcétera.

Las escalas SUD y VOC (ver capítulo de escalas subjetivas) las muestro impresas al consultante para que más rápido capte y comprenda la importancia de calificar sus experiencias de bienestar o malestar.

Los cuadros de pinturas o *pósters* que se tengan colgados en la pared servirán de fondos proyectivos, sobre todo si contienen algo enganchador.

La música instrumental que uso como recurso de fondo es: David Grand (Biolateral); Track Ciaching Wing Wave; música bilateral de Jorge Collazo; música clásica sugerida por Luz Ibarra; y música de Hemisync.

Las canciones que en ocasiones uso como recurso dependen de las temáticas que trate, y no me prejuicio por el género, a veces son cantantes pop, reaggaetón, rap, grupero o de otra índole, porque me importa más el mensaje de la canción que el nombre del cantante o el género de su música.

Te pudiera inspirar o mejorar tus intervenciones si elaboras o envías a hacer una caja de arena para trabajar ahí con muñequitos. Yo lo tengo pensado hacer próximamente.

Lugar de la atención terapéutica

El mejor lugar para atender a un consultante es un lugar donde no acostumbre experimentar su vida cotidiana. Es decir, el consultorio del terapeuta es el mejor lugar por ser neutro y

porque se les saca de la zona del confort improductivo.

No se me olvida uno de los peores errores que he cometido. Sucedió que siendo estudiante de Psicología sucumbí a los ruegos de una madre que me imploró para que atendiera a su hijo que tenía problemas de drogadicción. El error estuvo en que no avisé a mi asesor y fui a atender al sujeto a su casa, encontrándome con un adolescente drogado y reunido con varios amigos. Evidentemente se negó a recibir asesoría psicológica, y sus amigos —también con signos de estar drogados— ya me estaban viendo con miradas muy feas.

Pelar la cebolla o la cabeza de ajo

Bud Feder (2011) utiliza la analogía de pelar la cebolla como el proceso de tomar consciencia que busca la Terapia Gestalt, empezando por capas superficiales y después profundizando hasta el centro de esa verdura.

En el EMDR se busca el Blanco —target— que desencadenó el trauma atendido. A veces podemos tratar un trauma o síntoma que, al ser un tentáculo del pulpo, no resolveremos del todo el trauma. Tendremos que ir a la cabeza del pulpo.

A veces se hace la comparación con una cebolla, estando en la superficie otras capas (síntomas o transtornos secundarios) que no son la causa profunda subyacente del trauma. La cebolla pudiera hacer llorar al consultante en varios momentos, removerle emociones y tener creencias al respecto.

Esta es la razón por la cual un síntoma o el aparente motivo de consulta se convierte en un viaje o proceso hacia las profundidades del consultante, siguiendo los eslabones de la cadena, jalando el hilo para conocer la madeja.

El Blanco es lo negro del asunto, el objetivo a tratar. Es el tesoro del ranchero que tenemos que encontrar, y en el camino encontraremos distracciones y baches secundarios donde no está ese tesoro.

El Blanco se memoriza con un arcoíris de estímulos

desordenados, interviniendo los sentidos (principalmente vista, olfato, oído y tacto), el cuerpo, el inconsciente y sobre todo el aspecto emocional. Esta grabación cerebral desintegrada tiene que reprocesarse para lograr la Integración Cerebral.

Aunque el Blanco original es el más importante, aun así, hay que reprocesar cada capa (blancos secundarios), rastreándolos y trabajando las respectivas creencias negativas, la sensación corporal asociada y la emoción perturbadora que hay ahí, así como establecer la creencia positiva respectiva.

Por ejemplo, un Blanco inicial de traumatismo por miedo a hablar en público, en un adulto, se podría relacionar con las siguientes capas superficiales de la cebolla: tartamudeo, bullying de compañeros de escuela, creer que no se tiene capacidad para hablar en público, indiferencia de los padres ante su problema, etcétera; y la capa más profunda o Blanco sería la humillación recibida por el consultante cuando éste tenía 7 años por parte de una maestra.

Mientras no se haya llegado al Blanco original quiere decir que no habrá una solución total, solamente parcial. Y claro está que para llegar al Blanco pueden pasar una o más sesiones de aparente oscuridad.

Dice Richard Schwartz que la metáfora de las capas de una cebolla no se aplica al **IFS (Sistemas de Familia Interna)**, porque al descubrir que se trabaja con un conjunto de partes en torno a un trauma en particular, la **cabeza de ajo** es la verdura que se aproxima a la metáfora de que cada diente de ajo es un sistema interno donde hay un grupo de protectores y exiliados basados en un trauma en nuestra vida. Una vez resuelto y descargado lo que hay en ese diente de ajo hay que abordar el siguiente diente, donde habrá un trauma completamente diferente, y así sucesivamente.

Polaridades

En muchas terapias se toman en cuenta los aspectos polares en las técnicas. En las subpersonalidades, en los *brainspots*, en las sensaciones- sentidas, en los recursos, en el

tapping, en las visualizaciones, en las submodalidades.

Polaridades derecha-izquierda, adecuado-inadecuado, bienestar-malestar, “bueno”-“malo”, pasado-futuro, arriba-abajo, atrás-adelante, experiencia traumática-experiencia amorosa, brillante-oscuro, etcétera.

Y los diálogos o trabajos con aspectos polares se pueden hacer con sillas, manos, pies, objetos, lados corporales, visualizaciones guiadas, etcétera.

Psicoeducación

La labor psicoeducativa no tiene que faltar en un proceso terapéutico, sea grupal o individual.

Hay que poner atención en procurar ser didácticos al explicar algunas funciones y procesos cerebrales, traumáticos, respiratorios y del sistema nervioso.

Para lo didáctico podemos recurrir a diapositivas de un proyector, esquemas enmicados, hojas impresas, tarjetas con información, imágenes y dibujos, usar palabras sencillas y entendibles para el consultante, comparaciones y metáforas, entre otros muchos recursos que nos indique nuestra creatividad.

El perdón, la disculpa y la reparación

Entre las metas *de cajón* tenemos la llegada al perdón, la disculpa y la reparación.

Sí, en primera instancia hacia nosotros mismos: el auto perdón, la auto disculpa, la auto reparación. Luego hacia los demás.

El perdonar a otro que te hizo un daño —desde tu corazón y desde el Alma— es una energía que liberas. Es un ancla que mueves para volver a echar a andar el barco a seguir navegando.

El ofrecer una disculpa a otro, cuando tú hiciste daño a esa persona, es cortar el listón de la humildad y la

responsabilidad de los actos realizados.

Eso sí, antes de las metas señaladas hubo que superar enojos, regateos, condiciones, depresiones, ansiedades, reflexiones, arrepentimientos, etcétera.

Y hay que tener cuidado con la **reparación engañosa** del *vaquero vengativo,* haciendo daño sólo se bloquea a sí mismo.

En el cierre de una sesión.

Comparto las siguientes observaciones y sugerencias a tomar en cuenta en la etapa de cierre de una sesión. Cabe señalar que el orden en que las escribo no necesariamente se cumple así en la práctica.

1.- ***Cuando queda material pendiente para trabajar***. hay que guardar lo pendiente en un *recipiente seguro,* para retomarlo en la siguiente sesión.

2.- ***Señales reflejas de que el consultante profundizó corporalmente:*** presencia de bostezos, respiraciones profundas, "soñar despierto", tragar saliva perceptiblemente, cambios en la tonalidad de su rostro y de sus miradas.

3.- ***Usar test kinesiológico muscular.*** Se testea "*Hemos terminado*", en caso de respuesta débil testear "*Deberíamos continuar*"; si esto da débil entonces testear "*Aparte de lo ya tratado falta un tema a tratar*", si la respuesta es también débil es que falta un tema detrás de lo principal ya tratado.

4.- ***Checar el estado del consultante***. Para evitar algún accidente del consultante es necesario estar atento a cómo queda al final de la sesión su nivel de consciencia (¿alerta o embotado?), su perfil emocional (¿enojado, triste?); ¿se le nota ansioso o distraído? En caso necesario, facilitar una breve técnica que lo relaje.

5.-***Plan terapéutico***. Las tareas y sugerencias que se le asignarán al consultante fuera del consultorio.

6.- ***Rapport***. Mantener la educación, amabilidad y clima de confianza.

7.- ***Evaluación***. Cerciorarse de que haya existido algún tipo de evaluación para lo trabajado en la sesión: expresión verbal, cuestionario escrito, escala subjetiva, dibujo proyectivo, u otra.

Estado de ruptura: Antes de volver a probar el estado del problema o trauma, la atención del consultante se desviaría de la imagen de preocupación. Se le puede preguntar qué fecha es hoy, qué desayunó, o cualquier otra cosa para interrumpir la conexión con el estado del problema. El propósito es restablecer la conciencia del cliente después de una intervención y antes de volver a evaluar el evento traumático. Esta estrategia se ha empleado durante años en PNL.

8.- ***Conclusiones constructivas***. Cuidar las palabras que se le dirán al consultante como conclusiones y resultados de lo trabajado.

9.- ***Recapitulación y retroalimentación de lo abordado***. Recapitular lo abordado en la sesión, sobre todo lo más relevante, recordando que esto se hace en varias ocasiones a lo largo de la sesión, para verificar que percibimos o comprendemos lo que nos expresa el consultante.

10.- ***Aspecto de control del tiempo y de agendar una nueva cita***. Hacerle ver la duración de la sesión y de que el proceso continuará según al compromiso que lleguen.

11.- ***Body scan***. Escaneo corporal para explorarse en búsqueda de algún residuo de sensación-sentida de malestar. Esto es de las últimas etapas del EMDR.

12.- ***¿Cuál es la imagen final que se llevará el consultante sobre lo trabajado?***

13.- Hacer un set o grupo de ***miradas ascendentes***, de abajo hacia arriba, para relajar al consultante.

14.- ***Las integraciones correspondientes***: Integración de partes de la personalidad trabajadas, integración de creencias,

sensaciones, emociones y espiritualidad. Integración de pasado, presente y futuro. Integración de polaridades trabajadas.

15.- ***Celebrar un logro terapéutico***. En Psych-K, MEMI y otras técnicas se recomienda celebrar si se ha llegado a un logro terapéutico. Esto se hace motivando al consultante ¿cómo, exactamente? Según el estilo del facilitador y del propio consultante.

16.- ***Clapsync***, Al final de una sesión terapéutica, Hanisch sugiere hacer ejercicios de reactivación o retroceso. Entonces, se recomienda que se aumente el ritmo de la respiración, respirando más profundamente. Después, lentamente hay que empezar a mover los dedos de las manos y de los pies durante varios segundos, luego abrir y cerrar las manos, flexionar los brazos, mover delicadamente el cuello, por último, abrir los ojos cuando ya se sienta bien despierto. Finalmente, darle un golpecito en la frente o en el hombro o aplicarle una sacudida leve.

17.- ***Preguntas distractoras para volver al aquí y ahora***

¿Cuál es la fecha de hoy?

¿Qué desayunaste hoy en la mañana?

Mírame ¿cuántos años tienes?

18.- ***Lo imprevisto***

Me ha tocado ser testigo de que, en algunas ocasiones en sesiones grupales o individuales, el consultante no despertaba después de las inducciones para que así lo hiciera, las indicaciones de los Maestros moderadores es que aun así no se le despierte bruscamente, que se les deje que despierten a su ritmo, no es nada grave que suceda, siempre y cuando se cercioren que no hay anormalidades en su respiración o movimientos.

Breviario de casos y variante

A.- Contactar sentimientos.

Para contactar sentimientos, se sugiere lo siguiente:

1.- Mirar abajo a la derecha del campo visual (sugerido por Dilts en PNL; Andrade en AMSB; y Deninger en MEMI). Esta zona inferior derecha puede abarcar desde la parte inferior de una pared, el suelo o hasta a un lado de nuestro pie derecho.

2.- Bajar el mentón hasta tocar el pecho (sugerido por Andrade en AMSB).

3.- Colocar una mano en el corazón y centrar la respiración ahí (sugerido por el Instituto *Heart Math* que ha hecho investigaciones sobre la influencia del corazón).

4.- Colocar el pie o pierna izquierdo encima del pie o pierna derecho (sugerido por mí, en la lógica de que al hacer esto se vuelva el dominante en ese momento).

5.- Colocar alguna gema, cuarzo u objeto en la mano izquierda, que es la sensorial y está controlada por el hemisferio cerebral derecho. Recomiendo cuarzos, obsidianas, sungitas, entre otras.

6.- Ubicar la sensación-sentida (sugerida por el *Focusing* de Gendlin) en el cuerpo y tocar esa zona con una o ambas manos.

B.- Integrar varias técnicas

**Línea de vida.*

En sesión grupal, los participantes trazarán con sus ojos una línea imaginaria de una pared a otra en el salón de terapia. E irán avanzando por dicha línea imaginaria según se les vaya indicando.

La línea imaginaria representará su línea de vida e irán avanzando de manera regresiva, desde su edad actual hasta ir bajando a edades menores, para finalmente llegar a su nacimiento, en la pared de enfrente que seleccionaron.

Cabe señalar que en algunos tramos del recorrido se detenían para aplicar ejercicios psicológicos DVK, MEMI, EFT, EMDR, BSP, EMI y trabajar emocionalmente el problema o conflicto que en ese momento y a esa edad eligieron.

**Trabajar muñecos en sesión grupal.*

Colocar un montón de muñecos o “monitos” al centro del salón de terapia y que cada participante pase y elija uno. ¿A quién te recuerda? Ya que identificaste la persona, ahora céntrate en un conflicto, problema, necesidad o carencia que hayas tenido con esa persona.

Muñeco encima del corazón. Muñeco en una mano y la otra mano encima del corazón.

¿Cómo es la sensación-sentida respecto a ese conflicto o problema que hay con es apersona y en qué parte de tu cuerpo la sientes? Coloca en esa- zona el muñequito y realiza los movimientos oculares bilaterales que se te indican (horizontales, verticales y diagonales) en la pared que tienes enfrente.

Visualiza que eres un viajero del tiempo invisible y que te tratadas hasta el tiempo que ocurrió el conflicto o problema con esa persona, la observas, al igual que observa a aquel hombre que eras tú a esa edad (ellos no te pueden ver). Mientras los observas fríamente vas a repetirte en silencio la frase: "A pesar de lo que pasó entre nosotros, me acepto totalmente como soy"; y aunque te la dices en silencio tienes que pensarla que la expresas con energía intensa, alegre, sonriendo.

Parte final. En caso de que tú le hayas hecho daño, si te nace en este momento, puedes ofrecerle una disculpa en un diálogo imaginario.

En caso de que esa persona te haya hecho algún daño, si te nace en este momento, puedes perdonar a esa persona en un diálogo imaginario.

C.- Variantes que catalizan o aceleran la terapia

En mis experiencias, es lo siguiente:

1.- Técnica Un Ojo por Vez (2000), adaptándola a nuestro estilo.

2.- Técnica VCT de Bowan (2008), adaptándola a nuestro estilo.

3.- Hacer conteos en voz baja o pensados mientras se hacen movimientos oculares.

4.- Complementar los movimientos oculares con técnicas de Psicología Energética.

5.- Hacer algunos ejercicios con ojos cerrados y otros con los ojos abiertos.

.- Visualizar Impactos.

Inspirado en Danie Beaulieu (2006), procuro que en mis sesiones existan elementos que impacten al consultante, tanto en sesiones individuales como en grupales.

He facilitado que se usen máscaras de calavera, tumbar sillas pequeñas, mirarse en espejos, lanzar objetos, romper y quemar cosas, etcétera.

Puedes ver más ejemplos en el libro de Beaulieu o en mi libro Sin Cuenta Experiencias Terapéuticas.

D.- La Velocidad en la terapia

¿Cuánto debe durar un proceso terapéutico?

Mi respuesta: lo que tenga que durar. No hay que prejuiciarse de que tenga que ser rápido como dicen algunos, ni de que tenga que ser forzosamente lento como afirman otros.

Como dice Puche: “En la actualidad mi perspectiva de los cambios ‘ultrarrápidos’ se ha modificado en la medida que he llegado a la conclusión que es únicamente la persona que desea hacer el cambio quien define en verdad la rapidez con que el cambio se va a efectuar dependiendo de su preparación y motivación para cambiar”.

Referencias

Beaulieu, Danie (2006). “Impact Techniques for therapists”. Nueva York: Routledge Taylor & Francis Group. Recuperado de Kindle

Bowan, Merrill D. (2008) “Visual Convergence Therapy as a Vagal Maneuver: An Unexpectec Palliative for Anginal Pain and Related Issues”. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/216064110_Treatment_of_Panic_Attack_With_Vergence_Therapy_and_unexpected_visual-vagus_connection

Bowan, Técnica VCT explicada por Joaquin Andrade:

https://www.youtube.com/watch?v=F_k65hHPhpg&ab_channel=JoaquinAndrade

Briones-Barco, Ángel Francisco (2016). “Coaching Provocactivo”. España: Ediciones Mestas. Recuperado de kindle

Chia, Mantak; and Hilton, Doug (2017). “EMDR and the Universal Healing Tao”. Canada: Destiny Books

Garriga Bacardí, Joan (1998). Sobre el proceso terapéutico y el cambio. Acentuando lo compasivo, la humanidad, lo creativo, lo obvio, lo cómico y lo friccional. Ponencia para el Congreso de Gestalt de octubre 1998 en Barcelona, España.

Hanisch, Christian; Willimzig, Claudia; y LaCroix, Jacques (2020). “Emotionsync (R) y EMDR+: La revolución en el coaching y la psicoterapia”. Editorial Bookas on Demand. Recuperado de kindle

Martínez-Bernal, J.C. (2020). “Sin Cuenta Experiencias Terapéuticas”. Segunda edición. Publicación independiente. Recuperada de Kindle

Puche, Daniel. Mis cuestionamientos sobre la PNL, en Revista electrónica Chasquido. Recuperado en 2010 de www.pnlnet.com

Sarink, Federico (2019). “La terapia provocativa. El terapeuta como el abogado del diablo”. España: Formación Alcalá. Recuperado de Kindle

24.- MECANISMOS DE ACCIÓN EN TERAPIAS OCULARES

Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

EMDR es una aproximación psicoterapéutica de 8 fases, que enfatiza el rol del **Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos** (SPIA; AIP, por sus siglas en inglés, de Francine Shapiro, 2001) en el origen y tratamiento de temas de salud mental.

El modelo del SPIA postula que las Redes de Memoria son la base de la percepción, las actitudes, y las conductas. Este modelo fue desarrollado a principios de los años 90 y desde entonces, ha sido soportado por investigaciones que han demostrado el rol que juegan los eventos de vida perturbadores en la génesis de muchas formas de sintomatología somática y psicológica (ej., Affifi et al., 2012; Felitti et al., 1998).

Para el modelo teórico del SPIA, los Recursos de los pacientes se encuentran en las redes de memoria con información adaptativa, sosteniendo que la fuente primaria de la

psicopatología, es la presencia de memorias de experiencias de vida adversas, que fueron inadecuadamente procesadas.

Estas memorias almacenadas inapropiadamente (disfuncionalmente), que incluyen las percepciones, sensaciones, creencias y emociones que ocurrieron al momento del evento de vida adverso, pueden ser disparadas (activadas) por estímulos internos y externos actuales, contribuyendo a la disfunción del presente. Si una experiencia no fue almacenada disfuncionalmente, las terapias tradicionales si pueden ser de ayuda, pues el SPIA si tiene acceso a esa/s memoria/s y las podrá reprocesar. Sin embargo, con un sistema de memoria almacenado disfuncionalmente, lo más recomendable es emplear la Terapia EMDR.

De acuerdo con Jarero (2010), el reprocesamiento con Terapia EMDR de las memorias almacenadas disfuncionalmente que subyacen a las conductas desadaptativas actuales, puede llevar a una profunda reestructuración de la matriz intrapsíquica de la personalidad. Él ha propuesto que el reprocesamiento de las memorias perturbadoras, puede facilitar que el individuo emplee todo el potencial de su capacidad funcional y sus recursos personales, en futuras circunstancias adversas.

Se tiene la hipótesis de que ahí donde el individuo era vulnerable a estrés psicológico, ahora tendrá el potencial de la resiliencia en situaciones de trauma repetido.

El componente integral del EMDR es mantener la atención en un ***doble foco***, en el recuerdo traumático y en la estimulación bilateral rítmica, siendo este estado atencional fundamental al tener la capacidad de inducir determinadas condiciones fisiológicas que activan el procesamiento de la información.

Hipotéticamente, la ***estimulación bilateral*** puede desbloquear los centros de procesamiento de información del cerebro, creando una conexión entre la información adversa anterior y una respuesta a un estímulo corriente no traumático. La estimulación bilateral suscita una respuesta de relajación y una serie de respuestas fisiológicas que, al conectarse con la información almacenada sobre experiencias adversas anteriores,

generan una nueva información que es reintegrada de forma funcional.

Dado el marco teórico propuesto por Shapiro, el estudio del papel de la estimulación bilateral, y en mayor medida de los movimientos oculares, ha originado la curiosidad de muchos investigadores interesados en el EMDR. Las primeras investigaciones sobre el efecto de los movimientos oculares se llevaron a cabo de la mano de Wilson et al. (1996) y Andrade et al. (1997). A partir de los resultados de estos trabajos se han propuesto 3 hipótesis principales para explicar el efecto de los movimientos oculares.

La primera hipótesis postula que los movimientos oculares aumentan la conexión interhemisférica.

Según este modelo, los síntomas del TEPT se deben a un fallo en el procesamiento de las memorias episódicas. Los movimientos oculares bilaterales facilitarían la interacción interhemisférica mediante un aumento de la activación y la conectividad neuronal que promovería el procesamiento de la información. Como resultado se mejoraría la capacidad de recordar todos los elementos del evento traumático y se facilitaría la integración de la memoria episódica en la memoria semántica (Christman et al, 2003; Parker et al., 2008; Propper et al., 2007).

Sin embargo, algunos estudios recientes de electroencefalograma no dan soporte a esta primera teoría al demostrar que los movimientos oculares no facilitan la comunicación entre los 2 hemisferios cerebrales (Propper et al., 2007; Samara et al., 2011).

Esto ha dado pie a que se propongan dentro de este modelo otro tipo de mecanismos relacionados con cambios en la conectividad funcional cerebral (Nieuwenhuis et al., 2013).

La segunda propuesta que se ha planteado sostiene que los movimientos oculares provocan cambios fisiológicos similares a los que se producen durante la fase del sueño REM (del inglés «rapid eye movement», movimiento ocular rápido) (Stickgold, 2002).

Este modelo sostiene que la integración de la memoria episódica a la memoria semántica se produce mientras dormimos. Los movimientos oculares bilaterales repetidos activarían mecanismos neurológicos similares a los de la fase REM a través de una respuesta de orientación, permitiendo así la integración de las memorias traumáticas.

Existe un primer estudio controlado que muestra una mejoría de alteraciones del sueño en pacientes con TEPT que reciben EMDR en comparación con un grupo control (Raboni et al., 2012).

Dentro del modelo fisiológico, algunos autores también han propuesto que la estimulación bilateral activaría un reflejo exploratorio que pone al organismo en estado de alerta; en el contexto de la terapia, al no existir un estímulo peligroso real, se produciría una respuesta de relajación que conllevaría una disminución del «arousal», facilitando así el reprocesamiento y la integración de la memoria traumática (Wilson et al., 1995; Barrowcliff et al., 2004; MacCulloch et al., 1996; Sack et al., 2008).

La tercera y última hipótesis promulga que los movimientos oculares inducen una tarea atencional dual exigente que tiene un efecto «agotador» sobre la memoria de trabajo (Gunter y Bodner, 2008).

Ya que la memoria de trabajo tiene una capacidad limitada, la tarea atencional dual de (i) mantener «online» el contenido traumático y sus características asociadas y, al mismo tiempo, (ii) la concentración en los movimientos oculares bilaterales, podría alterar la calidad del almacenamiento de las memorias traumáticas, disminuyendo la intensidad de la memoria episódica y, con ello, los síntomas del TEPT (Smeets et al., 2012). Gunter y Bodner (2008), evidencian que los recuerdos desagradables que se trabajan durante las sesiones de EMDR se mantienen en la agenda visoespacial, uno de los componentes de la memoria de trabajo que se encarga de sostener y manipular información visual o espacial.

Según los autores señalados para esta tercera hipótesis, a medida que progresa la terapia, el contenido almacenado va perdiendo su vivacidad y emocionalidad debido a que los movimientos oculares agotan los recursos del procesamiento.

Brainspotting

El Brainspotting toma como base un modelo de «**sintonía dual**» en el que el terapeuta sintoniza simultáneamente con el paciente y con sus procesos cerebrales. No es necesario sacrificar, por tanto, ni la sintonía relacional ni la sintonía con los procesos cerebrocorporales del paciente en favor de una o de otra, sino que, de hecho, cuando ambas sintonías se entretejen el proceso curativo es mucho más profundo y duradero.

El lema del Brainspotting es: «**Donde miras afecta a lo que sientes**». Si algo te inquieta, lo que sientas cambiará literalmente dependiendo de si miras a tu derecha, al centro o a tu izquierda.

Lo que hace el Brainspotting es utilizar el campo visual de una persona para localizar el lugar en que estos traumas han quedado enquistados en el cerebro. Al mantener la mirada enfocada en un ***punto externo*** determinado, hacemos que el cerebro preste toda su atención a determinado ***punto interno*** —punto del cerebro o **brainspot**— en el que se ha almacenado el trauma, y conseguimos así activar el procesamiento profundo que lo resolverá y nos liberará de él.

Grand (2014) descubrió que las posiciones oculares están directamente relacionadas con la experiencia corporal interna (sensación-sentida) y cómo este descubrimiento le llevó a encontrar dos nuevos usos para el Brainspotting.

PNL —Programación Neurolingüística—

Los creadores de la Programación Neurolingüística describen que el ser humano estructura la realidad codificándola y decodificándola a través de ***modelos sensoriales***, siendo los principales la visual, la auditiva y la kinestésica.

Cada modalidad tiene ***submodalidades***, que se pueden desglosar y detectar en las palabras que usa la persona, la dirección en que mueve sus ojos para accesar información y la manera en que estructura su cognición y sentimientos, en cuanto a memorizar, recordar, pensar y sentir.

Estos mecanismos de acción aún no han podido ser comprobados en investigaciones controladas y aleatorias (Druckman and Swets,1988; Passmore and Rowson, 2019), solamente se dispone de estudios con deficiencias metodológicas y testimonios de experiencias de los creadores e iniciadores de la PNL como Bandler, Grinder, Dilts, entre otros, apoyados en la fenomenología de sus descubrimientos que hicieron de grandes terapeutas como Milton Erickson, Fritz Perls, Virginia Satir, entre otros, estudiando videos de sus terapias.

Kinsbourne (1972, citado en Deninger, 2021), además de confirmar la activación del hemisferio opuesto, concluyó que los sujetos diestros suelen girar los ojos y la cabeza hacia la derecha cuando procesan problemas verbales. Al resolver problemas numéricos y espaciales problemas, los sujetos miran hacia arriba y hacia la izquierda. Sin embargo, los sujetos zurdos se desempeñaron de manera diferente en todos estos aspectos.

Por su parte, Galin y Ornstein (1974) investigaron los movimientos oculares de los sujetos y se puntuaron en direcciones verticales y horizontales. Cuando a los sujetos se les hicieron preguntas específicas del hemisferio, las preguntas verbales provocaron más movimientos oculares hacia abajo y más movimientos dirigidos hacia la derecha que las preguntas espaciales.

Mientras que los estudios anteriores se interesaron principalmente en la lateralización del hemisferio, Robert Dilts (1977) planteó la hipótesis de que los movimientos oculares no son aleatorios sino intencionales, y los movimientos hacia ubicaciones específicas en el campo visual se correlacionan con el tipo de información neurosensorial que se procesa internamente.

A los sujetos se les hicieron preguntas diseñadas para estimular el procesamiento de información visual, auditiva o cinestésica y se usaron electrodos para rastrear los

movimientos oculares de los sujetos y las activaciones del hemisferio cerebral. Uno puede entender cómo los temas bajo investigación en este estudio fueron extensiones lógicas de la investigación anterior.

Los resultados del estudio de Dilts (1977, 1980) confirmaron que los movimientos oculares hacia la izquierda y hacia la derecha ocurren junto con la activación del hemisferio cerebral contralateral. Pero lo que es más importante, los resultados también confirmaron que los movimientos oculares a ubicaciones particulares en el campo visual se correlacionan con el procesamiento mental simultáneo de modalidades sensoriales individuales (visual, auditiva y cinestésica). Los movimientos de los ojos hacia arriba y hacia una esquina, por ejemplo, se correlacionan con el procesamiento mental de la información visual. Los movimientos de los ojos hacia ambos lados del horizonte son una indicación del procesamiento de la información auditiva.

Cuestionada la validez de los resultados de Dilts, incluso los detractores del modelo de PNL han informado que los movimientos oculares no son aleatorios (Tomason et al., 1980). El papel de los movimientos oculares en el procesamiento sensorial es una razón, probablemente la razón principal, por la que las reacciones a los recuerdos traumáticos se insensibilizan cuando se manipulan los patrones habituales de movimiento ocular. El hecho de que los ojos se muevan sistemáticamente, no al azar, parece estar ganando aceptación, pero los desarrolladores de PNL y EMI nunca han afirmado la creencia de que los movimientos de los ojos son prácticamente los mismos en todas las poblaciones.

En la investigación de Buckner et al. (1987) los resultados confirmaron fuertemente la existencia de cuatro movimientos oculares observables asociados con las modalidades auditiva y visual. Sin embargo, los observadores entrenados no pudieron identificar correctamente el procesamiento cinestésico de los movimientos oculares de los sujetos. La incapacidad para identificar la modalidad kinestésica podría sugerir una deficiencia en el modelo PNL, donde la ubicación de los ojos para los sentimientos en los diestros es hacia abajo y a la derecha de la persona. Identificar potencialmente tres modalidades diferentes relacionadas con los sentimientos en el mismo lugar crea complicaciones que no se encuentran con los movimientos oculares en los lugares visuales o auditivos.

En conclusión, aunque el modelo de PNL solo fue parcialmente corroborado por la investigación de Buckner, se confirmó la ocurrencia de movimientos oculares observables junto con el procesamiento auditivo y visual; además de que se estableció un paradigma de procesamiento sensorial y movimiento ocular funcional con relevancia continua.

Springer y Deutsch (1993) reportaron patrones similares para el dominio lingüístico hemisférico. Los diestros dominan el hemisferio izquierdo para el procesamiento del lenguaje en el 95% de los casos. Los zurdos dominan el hemisferio izquierdo en el 61 % de los casos, el hemisferio derecho domina el 19 % del tiempo y otro 20 % procesa el lenguaje en ambos hemisferios. También informaron que el dominio del idioma en personas ambidiestras es generalmente similar al de las personas zurdas.

Gimnasia Cerebral —Brain-Gym—

Los Dennison (1990) afirman que el aprendizaje ocurre más fácilmente cuando se presenta con una ***orientación multidimensional y multisensorial***.

La dimesiones que identifican son las siguientes:

1.- Lateralidad (Hemisferios izquierdo y derecho). Habilidad para cruzar la línea central y trabajar en campo medio, de izquierda a derecha o viceversa, tanto en movimientos como en escritura.

2.- Bulbo raquídeo/Lóbulo occipital y Lóbulo anterior o frontal (Enfoque/Comprensión). Los movimientos incluyen una integración del lóbulo anterior y el lóbulo posterior.

3.- Sistema Límbico y Córtex (Concentración/Enraizamiento, Emoción/Abstracción). Los movimientos están dirigidos a relajar e integrar los componentes emocionales y abstractos.

Los movimientos oculares, de brazos, manos y pies, así como posturas de Brain-Gym tienen el objetivo de desbloquear los aprendizajes que por naturaleza son instintivos y divertidos, mencionan sus autores.

Cada movimiento registrado por Brain-Gym está basado en la experiencia de sus creadores en Kinesiología Educativa desde la década de 1970 —incluyendo la dislexia que padecía Paul Dennison— , o en la experiencia de otros especialistas con los que trabajaron, por ejemplo: optometristas, osteópatas, quiroprácticos y otros.

Estimular el nervio vago

Andrade (2017) afirma que el nervio vago puede ser estimulado a través del Reflejo óculo-cardiaco —como ya lo describimos en uno de los primeros capítulos de este libro— presionando suavemente los globos oculares, cuando estos estén abiertos o cerrados los estimulamos con diferentes técnicas que movilizan los músculos oculares que sostienen dichos globos oculares. Tales técnicas son, por ejemplo: PET (Pain Erasing Techniques); EMDR; y Un ojo por vez. Y principalmente la VCT o Visual Convergence Therapy (Terapia de Convergencia Visual), descrita por Bowan (2008). Otras técnicas que son útiles para estimular el nervio vago son la meditación, el mindfulness y la respiración ralentizada (profunda y lenta).

Referencias

Andrade, Joaquin; Navatta, Florencia; y Ferrazzano de Solvey Raquel (2017). "PET: Pain Erasing Technique. Borrado del dolor y más allá...". Buenos Aires: TdeA Ediciones

Buckner, M., Meara, N. M., Reese, E. J., & Reese, M. (1987). Eye movement as an indicator of sensory components in thought [Abstract]. Journal of Counseling Psychology, 34(3), 283-287. https://doi.org/10.1037/0022-0167.34.3.283

Dennison, Paul y Dennison Gail. (1990). "Brain Gym". Editorial Quarzo

Druckman, D.; Swets, J.A. (1988). «Enhancing human performance: Issues, theories, and techniques». Human Resource Development Quarterly (Washington, DC: National Academy Press) 1 (2): pp. 151-162, 202-206. Doi: https://doi.org/10.1002/hrdq.3920010212

Galin, D. y Ornstein, R. (1974). Individual differences in cognitive style-I. Reflex eye movements. Neuropsychology, 12 (3), 367-376. https://doi.org/10.1016/0028-3932(74)90052-9

Grand, David (2014). "Brainspotting. La técnica revolucionaria que logra un cambio rápido y efectivo". España: Sirio

Jarero, I. (2010). Explorando la naturaleza de las memorias traumáticas y el EMDR. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación, 2(2), 1–87

Kinsbourne, M. (1972). Eye and head turning indicates cerebral lateralization [Abstract]. Science, 176(4034), 539-541. https://science.sciencemag.org/content/176/4034/539

Novo Navarro P, et al. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2018;11:101–114.Doi: https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002 Recuperado de:

https://www.researchgate.net/profile/A-Valiente/publication/323851306_25_years_of_Eye_Movement_Desensitization_and_Reprocessing_EMDR_The_EMDR_therapy_protocol_hypotheses_of_its_mechanism_of_action_and_a_systematic_review_of_its_efficacy_in_the_treatment_of_post-traumati/links/5acf26a50f7e9b18965b0f0c/25-years-of-Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-EMDR-The-EMDR-therapy-protocol-hypotheses-of-its-mechanism-of-action-and-a-systematic-review-of-its-efficacy-in-the-treatment-of-post-traumat.pdf

Passmore, J. and Rowson, T. (2019). Neuro-Linguistic Programming: A Review of NLP Research and the Application of NLP in Coaching. International Coaching Psychology Review, vol. 14, issue. 1, pp 57-69. Artículo completo en inglés: http://jonathanpassmore.com/wp-content/uploads/resources/Passmore%20&%20Rowson%20(2019)%20Neuro-Linguistic-programming%20A%20critical%20review%20of%20NLP%20research%20and%20the%20application%20of%20NLP%20in%20coaching.pdf

Shapiro, F. (2016). EMDR Therapy. International Society for Traumatic Stress Studies. Posted 2 April 2016.

http://www.istss.org/education-research/traumatic-stresspoints/2016-april/clinician-s-corner-emdr-therapy.aspx

Springer, SP y Deutsch, G. (1993). Left Brain, Right Brain: Perspectives from cognitive neuroscience.WH Freeman and Company.

https://www.abebooks.com/products/isn/9780716723738/30715098600&cm_s_-srp1-_-PLP6

Thomason, TC, Arbuckle, T. y Cady, D. (1980). Motion Hypothesis Test eye of neurolinguistic programming. Motor and perceptual skills, 51(1), 230. https://doi.org/10.2466/pms.1980.5L1.230

25.- TERAPIAS DE MOVIMIENTOS OCULARES BASADAS EN EVIDENCIA CONTROVERTIDA

El Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia (NREPP, por sus siglas en inglés) es un depósito y sistema de revisión basado en evidencia diseñado para brindar al público información confiable sobre intervenciones de salud mental y uso de sustancias. Todas las intervenciones en el registro han cumplido con los requisitos mínimos de revisión del NREPP. Los efectos de los programas en los resultados individuales han sido evaluados y calificados de forma independiente por revisores certificados del NREPP.

NREPP es el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia, un repositorio nacional que es mantenido por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) del gobierno de los EE. UU. Las intervenciones enumeradas en NREPP, que ahora incluyen IFS, han estado sujetas a un escrutinio riguroso e independiente y se considera que muestran un impacto significativo en los resultados individuales relacionados con la salud mental.

El Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia (NREPP) ha sido suspendido indefinidamente por funcionarios federales de salud. Desde 1997, NREPP ha enumerado intervenciones eficaces basadas en la ciencia para problemas de salud conductual, incluida la prevención y el tratamiento de enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias (SUD). Los programas incluidos en NREPP fueron auditados de forma independiente y actualizados periódicamente. El registro incluía intervenciones probadas, así como programas que se debían evitar porque no se había demostrado que funcionaran lo suficiente.

La Casa Blanca congeló la base de datos pública en septiembre de 2017 y meses después retiró los fondos federales para NREPP, que era un proyecto de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA).

SAMHSA dijo que la supervisión de NREPP se trasladaría al Laboratorio Nacional de Políticas de Salud Mental y Uso de Sustancias (Laboratorio de Políticas), cuyo enfoque es "revisar periódicamente los programas y actividades" relacionados con el diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la recuperación de enfermedades mentales. y trastornos por uso de sustancias. El laboratorio también identificará programas o actividades “que son duplicados y no están basados en evidencia, son efectivos o eficientes”, dijo McCance-Katz.

El registro en sí no está exento de controversia. En julio, un artículo en el International Journal of Drug Policy dijo que la base de datos no estaba "eliminando" los programas ineficaces. Entre septiembre de 2015 y enero de 2017, señaló el documento, se agregaron 113 intervenciones al registro. De estos, la evidencia para el 14 por ciento de ellos consistió en un solo informe no revisado por pares, y el 45 por ciento de ellos se basó principalmente en un solo artículo revisado por pares.

La División 12 de la APA

La Asociación Americana de Psicología (APA) ha identificado la "mejor evidencia de investigación" como un componente importante de la práctica basada en la evidencia.

En 1993, La Division 12 (Clinical Psychology) de la APA, creó un grupo de trabajo, en los que publican un listado de los tratamientos identificados como eficaces para distintos trastornos psicológicos.

Hasta la fecha, han publicado 3 informes, de los cuales han clasificado más de 80 tipos de tratamientos. Los mismos han sido clasificados como “fuerte, modesto o controvertido”.

¿Qué significa basado en la evidencia?

Según el Instituto de Investigación de Oregón, "una práctica basada en la evidencia es una práctica que se ha evaluado rigurosamente en evaluaciones experimentales, como ensayos controlados aleatorios, y se ha demostrado que marca una diferencia positiva y estadísticamente significativa en resultados importantes".

Sin embargo, para ser llamado oficialmente basado en evidencia, un tratamiento debía estar incluido en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia (NREPP), la entonces base de datos en línea de búsqueda de intervenciones de salud mental y abuso de sustancias.

Tanenbaum (2005, citado en Deninger, 2021) revela evidencia de sesgo en el movimiento EBP (*Evidence-Based practice*, o Prácticas Basadas en Evidencia): “*Los hallazgos favorecen las psicoterapias conductuales y cognitivas, donde la técnica es primordial y más fácil de codificar en los manuales de tratamiento*”. La metodología RCT (*Randomized Controlled Trial*, o Estudios Controlados Aleatorios) también se ha descrito como inadecuada para las investigaciones de psicoterapias psicodinámicas y humanísticas, dos enfoques que enfatizan las relaciones paciente-terapeuta (Bohart et al., 1998). La investigación RCT, por diseño, se ha centrado en el método, sin prestar suficiente atención a los factores de relación en el proceso terapéutico. Por lo tanto, desde su inicio, este enfoque metodológico de la investigación en salud mental ha demostrado sesgo en favor de tratamientos compatibles con el modelo RCT, como una respuesta en busca de las preguntas correctas.

Shedler (2017) critica a la APA (*Asociación Americana de Psicología*) por ignorar toda la evidencia científica excepto los estudios que utilizan ensayos controlados aleatorios RCT. Como Frieden (2017) y Bothwell et al. (2016), concluye que *la mayoría de los avances en la ciencia no se basan en los resultados generados por RCT*. Y tras resumir los estudios realizados por Schnurr et al. (2007) y Steenkamp et al. (2015) al revelar las deficiencias de la terapia cognitiva-conductual, Shedler cuestiona la veracidad y la ética de la APA por recomendar enfáticamente estas terapias. Por ejemplo, un gran metanálisis de 38 estudios separados encontró que, aunque los sujetos que completaron el tratamiento cognitivo-conductual tenían menos síntomas de TEPT, la recuperación completa era rara (Bisson et al., 2007).

Pseudoterapias

En sentido amplio, el Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias de España (2022) entiende una pseudoterapia como una propuesta de cura de enfermedades, alivio de síntomas o mejora de salud, basada en criterios sin el respaldo de la evidencia disponible.

Y con algunas consideraciones previas:

1.- Una terapia que se ha mostrado eficaz en un área, puede ser considerada pseudoterapia en otra. Por ejemplo, la terapia hiperbárica, con ámbito de aplicación legítimo en descompresiones, es una pseudoterapia en el tratamiento del autismo.

2.- Una pseudoterapia puede ser un campo legítimo de estudio sin resultados concluyentes todavía, pero que se presenta como ya validado ante la sociedad.

3.- Gran parte de las pseudoterapias se basan en la inmersión del paciente en un entorno relajante, donde disfrutan de una atención dedicada. El efecto placebo generado al sentirse cuidado disfraza la falta de efectividad de dichas técnicas.

Por otra parte, la conclusión de un trabajo publicado por el Ministerio de Sanidad de España en 2011 en la que hicieron un análisis de 139 terapias naturales usados en ese país fue que, de esa cantidad de técnicas analizadas, en 73 técnicas no se identificaron ni ensayos clínicos aleatorizados, ni revisiones sistemáticas ni meta-análisis.

Técnicas que consideraron pseudoterapias en año 2011 (73):

Análisis somatoemocional, análisis transaccional, ángeles de Atlantis, armónicos, arolo tifar, ataraxia, aura soma, biocibernética, breema, cirugía energética, coaching transformacional, constelaciones sistemáticas, cristales de cuarzo, cromopuntura, cuencos de cuarzo, cuencos tibetanos, diafreoterapia, diapasones, digitopuntura, esencias marinas, espinología, fascioterapia, feng shui, flores del alba, frutoterapia, gemoterapia, geobiología, geocromoterapia, geoterapia, grafoterapia, hidroterapia del colon, hipnosis ericksoniana, homeosynthesis, iridología, lama-fera, masaje babandi, masaje californiano, masaje en la energía de los chacras, masaje metamórfico, masaje tibetano, medicina antroposófica, medicina de los mapuches, medicina ortomolecular, metaloterapia, método de orientación corporal Kidoc, método Grinberg, numerología, oligoterapia, orinoterapia, oxigenación biocatalítica, piedras calientes, pirámide vastu, plasma marino, posturología, pranoterapia, psicohomeopatía, psychic healing, quinton, radioestesia, rebirthing, sincronización core, sofronización, sotai, tantra, técnica fosfénica, técnica metamórfica, técnica nimmo de masaje, terapia bioenergética, terapia biomagnética, terapia de renovación de memoria celular (cmrt), terapia floral de California, terapia floral orquídeas, terapia regresiva.

Además de considerar que las otras 66 técnicas las tenían en evaluación hasta ese año (en años recientes han salido ya resultados de evaluaciones de algunas de ellas).

Terapias aún en evaluación hasta el año 2011 (66):

Abrazoterapia, **acupresión, acupuntura**, aromaterapia, arteterapia, auriculoterapia, ayurveda, biodanza, caballoterapia o hipoterapia, Chi-Kung o Qi-Gong, **constelaciones familiares**,

cromoterapia, crudivorismo, drenaje linfático manual, enfermería naturista, fitoterapia, **Gestalt**, hidroterapia, hipnosis natural, homeopatía, **kinesiología**, kundalini yoga, linfodrenaje, luminoterapia, macrobiótica, magnetoterapia, masaje ayurvédico, masaje estructural profundo, masaje tailandés, medicina naturista, medicina natural china, **meditación**, moxibustión, musicoterapia, naturoterapia, osteopatía, panchakarma, pilates, **programación neurolingüística**, psicoterapia integrativa, quiromasaje, quiropraxia, reflexología o reflexología podal o reflexoterapia, reiki, respiración consciente integrativa, risoterapia, sanación espiritual activa, seitai, shiatsu o shiatsu namikoshi, sonoterapia, tai chi, técnica Alexander, **técnicas de liberación emocional**, **técnicas de relajación**, terapia craneosacral, terapia de polaridad, terapia floral de bach, terapia floral de Bush, terapia herbal, terapia humoral, terapia nutricional, vacuoterapia, **visualización**, yoga de polaridad, **yoga**, zero balancing.

EMDR

Desde el 2004, el EMDR fue incluido por la APA (Division 12) como tratamiento basado en evidencia (ver referencia al final de este capítulo).

¿Por qué es controvertido el EMDR? Los escépticos aseguran que realmente no hay una razón para pensar que los movimientos de los ojos realmente hagan algo; y alegan que no hay ninguna base científica para decir que es necesario tener estimulación bilateral cuando se procesa un trauma.

Cuijpers et al. (2020) realizaron la primera revisión sistemática de ensayos aleatorios que examinaron los efectos de EMDR para cualquier problema de salud mental. Se identificó un número considerable de ensayos (77), la mayoría de los cuales estaban dirigidos al TEPT (62%). Sin embargo, también se encontró un número considerable de ensayos dirigidos a otros problemas de salud mental. Los estudios en pacientes con PTSD indicaron que EMDR tiene un gran efecto en comparación con las condiciones de control a corto plazo.

Se encontró que EMDR es significativamente más efectivo

que otras terapias en el tratamiento del PTSD. Debido a que los estudios con bajo riesgo de sesgo no encontraron diferencias entre EMDR y otras terapias, concluimos que no hay suficiente evidencia para decidir sobre los efectos comparativos de EMDR.

Encontramos que EMDR fue efectivo en el tratamiento de fobias y de ansiedad ante los exámenes. EMDR también se examinó en una variedad de otros problemas de salud mental, que incluyen depresión, trastorno alimentario, alcoholismo, dolor, esquizofrenia, TOC, trastorno bipolar y trastorno de conducta. Sin embargo, no hubo suficientes estudios disponibles para agrupar en ninguna de estas categorías. Aunque algunos de estos estudios indicaron efectos significativos, el riesgo de sesgo fue considerable (solo un estudio tuvo bajo riesgo de sesgo). En general, concluimos que no hay suficiente evidencia para el uso de EMDR para problemas de salud mental distintos al TEPT.

Los ensayos pueden mostrar si un tratamiento funciona, pero mostrar cómo funciona un tratamiento es mucho más complicado y requiere una amplia gama de diferentes tipos de tratamientos (Kazdin, 2007).

Novo Navarro y cols. (2018) escribieron una revisión sistemática sobre EMDR: 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático.

Seleccionaron 15 ensayos controlados aleatorizados de elevada calidad metodológica que compararon EMDR con tratamientos no específicos, lista de espera y con tratamientos específicos. Los resultados de estos estudios permiten concluir que EMDR es una herramienta útil y basada en evidencia científica, tal y como refleja su reciente recomendación como tratamiento de elección en el trastorno por estrés postraumático por parte de distintas organizaciones internacionales de salud.

Desde su introducción, el EMDR ha generado un debate considerable en la comunidad clínica y científica debido principalmente al papel de la estimulación bilateral como componente activo de tratamiento (y más concretamente de los movimientos oculares) y a la incertidumbre acerca de que su

eficacia sea debida al solapamiento de elementos con otras técnicas psicoterapéuticas. Los movimientos oculares fueron descritos originalmente como el componente «crucial» de EMDR (Shapiro, 1989). Este argumento fue posteriormente revisado (Shapiro, 2001), concluyendo que la atención dual es el mecanismo responsable del efecto de EMDR. Algunos estudios han evidenciado una contribución única de los movimientos oculares en el éxito de la intervención (Van den Hout M et al., 2001; Andrade J et al., 1997; Kavanagh DJ et al., 2001; Lee CW et al., 2008), mientras que otros no han encontrado diferencias en el resultado al comparar el mismo procedimiento con y sin movimientos oculares (Davidson PR et al., 2001; Cahill SP et al., 1999). Estos estudios son difíciles de comparar al diferir considerablemente en términos metodológicos.

Un metaanálisis reciente, de todas formas, encontró una contribución significativa de los movimientos oculares en procesamiento de recuerdos emocionales (Lee CW et al., 2013). Los resultados de este estudio no estuvieron exentos de controversia al surgir acusaciones de mala praxis en el desarrollo de la investigación (Devilly GJ et al., 2014) y una refutación posterior (Lee CW et al., 2014).

Por otro lado, el debate de hasta qué punto los mecanismos responsables de su efecto difieren o no sustancialmente de aquellos que operan en la TCC centrada en el trauma o en la exposición estándar es estéril desde el punto de vista metodológico, debido a la falta de conocimiento y de consenso sobre cuáles son los mecanismos biológicos que operan en general en todas las psicoterapias.

La mayoría de los estudios que han explorado el mecanismo de acción de EMDR se han centrado en el estudio de una parte de la terapia EMDR, la estimulación bilateral, y más en concreto en el estudio del movimiento ocular. De estos trabajos han surgido fundamentalmente 3 propuestas del posible efecto que pueda ejercer la estimulación bilateral: la sobrecarga de los recursos de memoria, el descenso del «arousal» fisiológico o la mejora de la conectividad de los hemisferios cerebrales. Estos modelos teóricos, que a menudo se solapan entre sí, muestran direcciones para futuras investigaciones que aboguen por una

mayor claridad conceptual y coherencia.

De acuerdo con las recomendaciones de diferentes asociaciones internacionales de psicología y psiquiatría, y pese a que este trabajo no presenta un análisis cuantitativo de los resultados, se puede señalar que existen suficientes estudios de elevada calidad metodológica que indican que EMDR tiene al menos la misma eficacia terapéutica que la TCC centrada en el trauma. Además, algunos estudios parecen indicar que EMDR se muestra más eficaz a la hora de disminuir los síntomas en un menor período de tiempo y que es una terapia mejor tolerada por los pacientes (McGuire TM et al., 2014; Ironson G et al., 2002; Taylor S et al., 2003).

La investigación en EMDR está todavía en sus inicios. Aún son necesarios más estudios para comprender mejor su mecanismo de acción y las bases neurobiológicas subyacentes a la terapia. Finalmente, también son necesarios un mayor número de ensayos clínicos de calidad metodológica adecuada para reforzar los resultados obtenidos hasta la fecha sobre la efectividad de EMDR en el tratamiento de los pacientes con diagnóstico de TEPT y confirmar los primeros resultados positivos en otras enfermedades mentales con trauma como comorbilidad.

BRAINSPOTTING

La evidencia actual muestra que Brainspotting (BSP) es efectivo para ayudar a las personas a procesar recuerdos angustiosos, aunque la evidencia todavía está en fases preliminares. En un estudio sobre Brainspotting, los clientes que se sometieron a un tratamiento con un terapeuta de Brainspotting tuvieron una reducción de la perturbación traumática de más del 50 % después de las sesiones de terapia. Este es un éxito notable para el tratamiento del trauma, que históricamente ha sido difícil de tratar con psicoterapia y técnicas conductuales. Otro estudio (D'Antoni F. et al, 2022) mostró que Brainspotting para el TEPT-PTSD era tan efectivo como EMDR, otro enfoque psicoterapéutico de vanguardia para ayudar a las personas a sanar del trauma. Además, los resultados de un estudio preliminar (Palsimon, 2022) sugirieron que la terapia Brainspotting aplicada a las mujeres tiene una eficacia significativa en la disminución de los síntomas graves

del TEPT-PTSD.

Por lo tanto, BSP parece ser un enfoque de tratamiento alternativo para clientes con TEPT. Se necesita más investigación para replicar nuestros resultados y para evaluar los efectos en diferentes muestras, por ejemplo, clientes con trastornos por uso de sustancias y TEPT-PTSD comórbido. Los análisis moderadores son necesarios para evaluar más a fondo la contribución de BSP al tratamiento del TEPT-PTSD.

Hasta el momento, todavía hay una investigación limitada sobre los datos sobre la eficacia de Brainspotting. La técnica Brainspotting se introdujo en 2003 y la investigación académica a menudo se rezaga de la práctica clínica.

EMI

Estudio exploratorio usando EMI

Van der Spuy & van Breda (2018), en un estudio exploratorio sobre el uso de la terapia de Integración del Movimiento Ocular (EMI) para tratar el trauma en la primera infancia en Sudáfrica.

Mencionan que la Terapia de Integración del Movimiento Ocular (Eye Movement Integration, EMI) es una técnica terapéutica neurobiológica que tiene como objetivo reducir los síntomas del trauma mediante el uso de movimientos oculares específicos.

Estudio piloto en 2022 usando EMI

Métodos: Tres pacientes de entre 19 y 24 años que cumplían los criterios diagnósticos de pesadillas fueron tratados con EMI.

Resultados: Solo una sesión de EMI pudo reducir la frecuencia de las pesadillas de un promedio de 5,4 pesadillas por semana en la medición posterior dos semanas después de la sesión de EMI a 1,6. Este efecto mejoró a 1,3 pesadillas por semana en el seguimiento después de 3 meses.

Conclusión: EMI puede ser una forma de tratar las pesadillas de manera causal y específica. Otros posibles resultados del tratamiento podrían ser una mejora de los síntomas comórbidos y una reducción del riesgo de suicidio. Se necesitan ensayos clínicos aleatorios controlados más grandes para probar la eficacia de este método de tratamiento. También sería deseable investigar el éxito del tratamiento de EMI en trastornos mentales comórbidos, especialmente en el trastorno de estrés postraumático con pesadillas.

Eficacia del EMI de Beaulieu en 2022

En un informe de 2022, Danie Beaulieu ofrece resultados preliminares de la eficacia de EMI como un nuevo enfoque terapéutico en condiciones de campo, administrado por terapeutas con 16 a 32 horas de capacitación especializada en la técnica. A pesar de la amplia variedad de factores demográficos y clínicos en la población participante, la diversidad de recuerdos traumáticos tratados y el tiempo transcurrido desde el trauma que a veces se extiende a décadas, se observaron mejoras sustanciales y significativas después de la terapia EMI. Síntomas de reexperimentación, evitación y excitación –así como la depresión comórbida y las molestias físicas– todos disminuyeron entre un 78 % y un 87 %, con tamaños del efecto muy importantes. Aunque este estudio descriptivo no incluyó un grupo de control o grupo de comparación, los cambios de esta magnitud son notables dentro de un programa de tratamiento a corto plazo y abren el camino a estudios más detallados.

IEMT

IEMT en el tratamiento de la erupción cutánea inducida por psoriasis: un estudio de caso.

Se resume la investigación de Moore & Manea (2018):

Objetivos: El documento actual tiene como objetivo proporcionar evidencia para el modelo IEMT, tanto como sea posible y eficiente, pero también como un método complementario no intrusivo para tratar pacientes diagnosticados con erupción cutánea de psoriasis.

Métodos: El proceso de Terapia de movimiento ocular integral fue diseñado específicamente por la Asociación de profesionales de IEMT para su proyecto de investigación de psoriasis.

Resultados: El cliente que participa en este estudio de caso presentó mejoría después de dos semanas de la única sesión de tratamiento basada en IEMT y después de tres meses las erupciones inducidas por la psoriasis del cliente desaparecieron por completo. Además, después de dos años y medio, sus erupciones inducidas por la psoriasis tampoco volvieron a aparecer.

Conclusiones: Aunque se necesita más investigación, después de este estudio de caso, podemos ver claramente que el modelo de terapia de movimiento ocular integral (IEMT) muestra ser un enfoque prometedor en el tratamiento de la psoriasis relacionada con el estrés.

Discusión: El estudio de caso descrito anteriormente ha mostrado resultados prometedores en el tratamiento de la psoriasis con el modelo bastante nuevo de Terapia de movimiento ocular integral.

Además, otro sorprendente efecto secundario positivo fue la falta de ataques epilépticos adicionales del cliente que no han vuelto a ocurrir desde la sesión de tratamiento basada en IEMT.

PNL

Según Eduardo Díez, la PNL pertenece a las orientaciones psicológicas cognitivas (primacía de lo cognitivo en la intervención psicológica), constructivistas (la realidad o el territorio es inaccesible en sí misma, lo único que conocemos son construcciones personales o mapas que hacemos de la realidad), y orientadas a las soluciones del aprendizaje y del cambio personal.

Hay un interesante debate sobre la PNL entre Ricardo Ros (editor de la entonces Revista electrónica de PNL “Chasquido”) y Alejandro Borgo (entonces presidente del CAIRP (Centro

Argentino para la Investigación y Refutación de la Pseudociencia) que ocurrió a principios de la década del 2000. El debate finalizó cuando Ros envió decenas de referencias de investigaciones sobre la PNL, algo que Borgo le había pedido insistentemente.

En múltiples foros académicos se tiene la creencia de que la Programación Neurolingüística —PNL— es charlatanería y que no tiene bases científicas. Se basan principalmente en la investigación publicada en 1988 de Druckman y Swets "*Enhancing human performance: Issues, theories, and techniques*". Retrocedamos entonces a finales de la década de 1980, cuando un comité de investigación del Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine) dirigido por Daniel Druckman, llegó a dos conclusiones. En primer lugar, la comisión «*encontró poca o ninguna*» evidencia para apoyar los supuestos de la PNL o para indicar que es eficaz como estrategia de influencia social. «*Se supone que, mediante el seguimiento de los movimientos oculares y el lenguaje del otro, un entrenador PNL podría identificar los pensamientos de la persona, sus sentimientos y opiniones (Dilts, 1983). No hay evidencia científica para estos supuestos*». En segundo lugar, los miembros del comité «*quedaron impresionados con el enfoque de modelado utilizado para desarrollar la técnica*».

Por su relevancia, vale la pena recordar lo que investigaron y descubrieron:

En la teoría y supuestos de la PNL, Los procesos cognitivos están representados por sistemas sensoriales o imágenes que son visuales, auditivos o cinestésicos. Estos se conocen como los *sistemas de representación* (PRS) preferidos del cliente. El PRS es la "estructura profunda" de un cliente en sus procesos de pensamiento y se refleja en pistas de "estructura superficial" como los movimientos del ojo y el uso de predicados.

(1) La evidencia de un PRS es débil; las correlaciones entre medidas alternativas están bajas; (2) la evidencia de emparejamiento solo en predicados preferidos es débil; y (3) la coincidencia en todos los predicados produce efectos significativos en las percepciones.

Inconsistencia Interna de la PNL

Los fundamentos de PNL se presentan de forma más detallada en Roots of NeuroLinguistic Programming (Dilts, 1983). Una lectura atenta de estos materiales revela lo siguiente:

1. Muchas de las teorías citadas como congruentes con la PNL son metáforas que tienen poco impacto o aceptación en la literatura científica. La teoría de Pribram del cerebro holográfico y la descripción de John Grinder del cerebro estadístico (Dilts, 1983:42,48) no han sido la base de la teoría neurocientífica moderna.

2. No se cita ningún apoyo directo para la relación postulada por la PNL entre dirección de la mirada y sistema de representación.

3. Los experimentos presentados en apoyo de la PNL, presumiendo demostrar una relación entre PNL y EEG, son en el mejor de los casos estudios y demostraciones Incluso un experimento controlado que mostró consistentes Patrones de EEG relacionados con movimientos oculares específicos o instrucciones para visualizar no revelaría nada acerca de los patrones de representación o la estructura de las experiencias subjetivas. Simplemente demostraría que ciertas instrucciones o patrones volitivos de acción producen consistentes ondas cerebrales.

4. Los fundamentos de la PNL no son un conjunto de hallazgos y proposiciones ordenados de modo que impliquen las declaraciones de estructura de la PNL; en cambio, ellos son una serie de anécdotas y hechos concatenados que conducen a ninguna conclusión especial. El hecho de que haya diferentes tipos de neuronas o que el cerebro esté organizado jerárquicamente de ninguna manera implica que quien es diestro mira hacia arriba y hacia la izquierda cuando recuerda imágenes visuales.

5. Las descripciones de los procesos biológicos básicos están llenas de detalles menores, pero con errores significativos. Por ejemplo, una sinapsis se define como una conexión

dendrita-dendrita más que como una conexión dendrita-axón (Dilts, 1983: 7).

6. Las referencias biológicas y psicológicas están fechadas. No hay mención de la neurotransmisión en la descripción de la organización del cerebro, y la psicología cognitiva citada omite los últimos 20 años de trabajo en esta área.

En resumen, el sistema de la PNL de patrones oculares, posturales, tonales y lingüísticos como la indexación de patrones de representación no se deriva ni se puede derivar de conocidos trabajos científicos. Además, no hay evidencia o documentación interna para apoyar el sistema. Si uno hiciera coincidir aleatoriamente las seis etiquetas y los seis patrones descritos en la Figura 1, la evidencia interna sería aplicable a los 719 posibles otros patrones como lo es la alternativa de la PNL.

Investigación en PNL

La mayoría de los estudios que prueban uno u otro aspecto de la PNL han estado preocupados por la precisión del concepto de sistemas de representación, particularmente la adecuación de los comportamientos postulados para acompañar a cada tipo.

Hay aproximadamente 20 estudios de este tipo, revisados tanto en la literatura publicada (Sharpley, 1984) y en artículos preparados para el comité por Harris y Rosenthal y por Dean G. Pruitt, Jennifer Crocker y Deborah Hanes (Ver Apéndice B).

Individualmente y como grupo, estos estudios no proporcionan una base empírica de apoyo a los supuestos de la PNL por varias razones:

1. Muchos de los estudios se ocupan de probar si los intentos de influencia que coinciden con el PRS son más efectivos que los que no coinciden.

El metanálisis de Sharpley y Harris (1984) de estos estudios y la discusión de Rosenthal sobre este metanálisis concluye que no hay efecto. Dado que el énfasis en el Sistema de Representación Preferido (como distinguido del sistema

representacional actualmente en uso) ha sido reducido en importancia en la literatura reciente de PNL y explícitamente desautorizado en la comunicación informal, la relevancia de este hallazgo negativo es disminuido.

2. No hay apoyo para la afirmación de que los índices de los sistemas de representación son mutuamente consistentes. Los estudios no han logrado encontrar resultados significativos o correlaciones entre los movimientos oculares, la elección de predicados y los autoinformes, todos los cuales se postula que están relacionados con la representación (p. ej., Gumm, Walker y Day, 1982). Algunos estudios han utilizado coincidencia de predicados como una técnica de influencia (seleccionándolo así como el índice primario del sistema representacional). No se ha encontrado ninguno que hace coincidir los predicados con las posiciones de los ojos. Estudios de emparejamiento de predicados existentes no apoyan la hipótesis de que la coincidencia de predicados aumenta la influencia (Sharpley, 1984).

3. La efectividad general de las estrategias de emparejamiento discutidas por Pruitt, Crocker y Hanes se refieren a partidas de recompensas y castigos entre dos negociantes. Las recompensas en este contexto son concesiones recíprocas; los castigos se refieren a la falta de reciprocidad de otro, concesiones o una retractación de concesiones hechas anteriormente. El emparejamiento discutido en PNL se refiere a las modalidades sensoriales utilizadas en los predicados en conversaciones entre personas que no necesariamente participan en la negociación, un diferente dominio de interés (ver, por ejemplo, Mercier y Johnson, 1984). No pueden interpretarse como recompensas o castigos.

4. Los estudios sobre la efectividad de la PNL están limitados de varias maneras. La medida dependiente utilizada en la mayoría de los estudios es la empatía entre el cliente y el consejero, como medida en una escala de papel y lápiz (p. ej., Hammer, 1983). Esto no es un índice satisfactorio de la eficacia terapéutica del consejero. Uno puede encontrar un consejero muy empático, pero ineficaz en modificar conductas o sentimientos. No existen estudios que comparen la efectividad

de la PNL como técnica de influencia con otras técnicas de influencia en relaciones interpersonales. Ninguno de los estudios que evalúan aspectos de la PNL ha utilizado entrenadores certificados en PNL como consejeros, terapeutas o monitores en movimientos oculares; por lo tanto, los estudios que no respaldan la PNL están sujetos a la crítica que, si se hubiera utilizado a personas debidamente capacitadas, los resultados habrían sido más positivos. Ignorando dónde recae la carga de la prueba, el hecho permanece que la evidencia experimental no proporciona apoyo para la PNL.

5 No existen estudios en la literatura científica sobre la PNL como forma de expertos en modelado con fines de formación. La PNL podría usarse como técnica para codificar sistemáticamente el comportamiento experto como una secuencia de procesamiento pasos, tales como "recuerda la imagen visual, expresa emoción, construye audio imagen", y así sucesivamente. Dos estudios informales han intentado utilizar la PNL codificación de tiradores expertos para construir una plantilla, o entrenamiento procedimiento para instruir a los principiantes. Expertos modelados disparando calibre .45 pistolas compararon una secuencia de aprendizaje motor derivada de PNL con instrucción convencional. El diseño del estudio fue experimentalmente defectuoso, y no se pueden sacar conclusiones válidas de él. el otro estudio derivó un modelo de tiro con rifle a partir de un análisis de PNL de tiradores expertos y creó un programa de capacitación para reclutas del Ejército basado en él. A comparación del régimen derivado de PNL con un entrenamiento tradicional régimen no produjo diferencias.

En general, hay poca o ninguna evidencia empírica hasta la fecha que respalde los supuestos de la PNL o la eficacia de esta. Diferentes críticos pueden adjuntar diferentes valores a la calidad de estos estudios, pero el hecho es que ninguno apoya la eficacia de la PNL para mejorar la influencia o habilidades motoras actuación.

Para el objetivo secundario, utilizando PNL como sistema de modelado experto, solo dos estudios han sido localizados, ambos inéditos, uno hasta ahora no escrito. Incluso si la PNL modelada fue consistente con otros conocimientos de rendimiento motor, muchas preguntas generales quedarían.

¿Cuántos expertos se deben muestrear para construir un ¿modelo? ¿Cómo se puede validar un modelo construido con PNL? ¿bajo qué circunstancias, el uso del modelo es perjudicial y distrae?

La falta de evaluación no es fácil de remediar. Por un lado, el propietarios, proveedores y practicantes de PNL no son experimentalistas y no están interesados en realizar tales estudios. Por ejemplo, descripciones de PNL (Estructura de Magia) afirman que es una técnica eficaz para el tratamiento de las fobias, logrando cambios en tan solo 20 minutos. No hay estudios que prueben esta afirmación, pero cualquier evaluación de la misma se enfrentaría a muchas decisiones difíciles sobre los criterios de éxito y las pruebas de recaída. No hay suficientes ejemplos de modelos de rendimiento motor construidos mediante el uso de técnicas PNL para proporcionar un fenómeno a ser evaluado. En cualquier caso, si tal evaluación produce un resultado negativo, el evaluador tendría que distinguir entre el fracaso de la técnica de PNL para producir un modelo adecuado y una situación en la que el uso de un modelo experto, por preciso que sea, es inadecuado para la tarea y las condiciones de entrenamiento.

Para recapitular, la evidencia de una base científica de la PNL o de la validación de su construcción es generalmente débil y negativa. Existe la posibilidad lógica que la PNL puede ser efectiva por razones distintas a las ofrecidas por sus desarrolladores; pero no existen estudios que prueben esta posibilidad. Si la PNL fuera eficaz como protocolo de influencia y comunicación, sería por razones distintas a las propuestas por sus defensores. Por ejemplo, alguien formado en PNL que conscientemente la practica en interacción con otra persona está participando en una serie de comportamientos con las siguientes características: manteniendo contacto visual y dando completa atención a la otra persona; codificando la salida verbal de la otra persona de manera abierta y analítica; monitoreando su propia producción verbal (censurándola y recodificándola como un preludio de un intento de coincidencia de predicado o sistema de representación); y dejando que la elección de temas y metáforas de la otra persona estructure la conversación, reaccionando a ellos en lugar de iniciar nuevas direcciones en el

intercambio.

Conclusiones

Se hicieron dos preguntas generales. Primero, ¿funciona la PNL? No es suficiente información para dar una respuesta definitiva a esta pregunta; toda la evidencia de que existe es neutral o negativa. En segundo lugar, si los aspectos de la PNL tienen potencial mérito, ¿por qué medios logran sus resultados? El comité concluyó que los aspectos potencialmente positivos no son exclusivos de la PNL y no están relacionados con lo que se ofrece como base teórica para un conjunto empíricamente desarrollado de procedimientos.

Nuestro examen de la PNL sacó a la luz una serie de cuestiones y proporciona la base para un conjunto de recomendaciones, entre otras: Debe haber un formato estándar a través del cual los proveedores o proponentes de nuevas técnicas proporcionan cualquier evidencia que exista para la eficacia o base de sus técnicas y que se puedan replicar sus experimentos.

Hasta aquí el reporte de 1988, que por cierto no impidió que la PNL se siguiera expandiendo por otros países y continuara produciendo libros, cursos y diplomados.

27 años después, en **2015**, Zaharia, Reiner y Schütz presentaron un documento que representa el primer metanálisis que evalúa la efectividad de la terapia de PNL para personas con problemas sociales / psicológicos.

Ese trabajo fue un metaanálisis de estudios, ensayos observacionales o aleatorios controlados, para evaluar la eficacia de la Programación Neurolingüística en individuos con diferentes problemas psicológicos y / o sociales. Las bases de datos usadas para buscar e identificar estudios en inglés y alemán fueron: CENTRAL en la Biblioteca Cochrane; PubMed; ISI Web of Knowledge (incluye también los resultados de Medline y la Web of Science); PsycINFO incluidos PsycARTICLES); Psyndex; Deutschsprachige Diplomarbeiten der Psychologie (base de datos de tesis en psicología en lengua alemana), Social SciSearch; Biblioteca nacional de salud y dos bases de datos de investigación específicas de PNL: una de la Comunidad de PNL

(http://www.nlp.de/cgi-bin/research/nlprdb.cgi?action=res_entries) y otra del Grupo de PNL (http: //www.nlpgrup.com/bilimselarastirmalar/bilimselarastirmalar-4.html#Zweig154).

En sus resultados, de un total de 425 estudios, 350 fueron eliminados y se consideraron no relevantes según el título y el resumen. En el análisis final, se incluyen 12 estudios con un número de participantes que oscila entre 12 y 115 sujetos. La gran mayoría de los estudios fueron prospectivos de observación. El metanálisis general encontró que la terapia de PNL puede agregar una diferencia media estandarizada general de 0,54 con un intervalo de confianza de IC = [0,20; 0,88].

Los investigadores concluyen que la psicoterapia neurolingüística como una modalidad psicoterapéutica basada en marcos teóricos, metodologías e intervenciones científicamente desarrolladas, incluidos modelos desarrollados por PNL, muestra resultados que pueden mantenerse en comparación con otros métodos psicoterapéuticos.

En 2012, Sturt y colaboradores presentaron la primera revisión sistemática bien conducida de estudios experimentales que investiga la eficacia de PNL en los resultados relacionados con la salud.

En su método realizaron búsquedas en las siguientes fuentes de datos: MEDLINE, PsycINFO, ASSIA, AMED, CINAHL, Web of Knowledge, CENTRAL, bases de datos de especialistas de PNL, listas de referencias, artículos de revisión y asociaciones profesionales de PNL, proveedores de capacitación y grupos de investigación.

En sus resultados, las búsquedas revelaron 1459 títulos de los cuales se incluyeron 10 estudios experimentales. Cinco estudios fueron ensayos controlados aleatorios (RCT) y cinco fueron estudios pre y post. Las condiciones de salud específicas fueron trastornos de ansiedad, mantenimiento de peso, náuseas matutinas, abuso de sustancias y claustrofobia durante la exploración por resonancia magnética. Las intervenciones de

PNL se realizaron principalmente en 4-20 sesiones, aunque tres fueron de una sola sesión. Se informaron 18 resultados y el tamaño de la muestra de RCT varió de 22 a 106.

Cuatro RCT no informaron diferencias significativas entre los grupos con el quinto hallazgo a favor del brazo de PNL ($F = 8.114$, $P < 0.001$). Tres RCT y cinco estudios pre y post informaron mejoras dentro del grupo. El riesgo de sesgo en todos los estudios fue alto o incierto.

Los estudios no han intentado definir la PNL y sus múltiples componentes y técnicas y esto complica la interpretación de la evidencia.

PNL tiene una falta de consenso en torno a una definición de técnicas y mecanismos de efectos, y sobre una base técnica individual hay superposición de técnicas psicológicas basadas en la evidencia.

Podría decirse que estos podrían incluir:

Rapport = asesoramiento centrado en la persona;

Modelado = aprendizaje vicario;

Provocación de resultados bien formados = establecimiento de metas;

Reencuadre = terapia cognitiva conductual:

Técnicas (TCC) y anclaje = condicionamiento clásico.

Las revisiones de alcance en torno a la práctica de la PNL y las condiciones de salud mental y física sugieren que sigue siendo una intervención controvertida. Como uno de los cinco estudios aleatorios controlados (ECA o RCT) mostraron un efecto positivo a favor de la PNL, los autores están menos preocupados por el sesgo de publicación.

Los investigadores concluyeron que hay poca evidencia de que las intervenciones de PNL mejoren los resultados relacionados con la salud. Esta conclusión refleja la cantidad y

calidad limitadas de la investigación de PNL, en lugar de evidencia sólida de ningún efecto.

Passmore y Rowson (2019) revisaron la investigación existente sobre la aplicación de PNL al Coaching, encontrando que: "*La revisión de la evidencia de la investigación dentro del coaching de PNL sugiere que casi no hay evidencia para respaldar la multiplicidad de afirmaciones hechas sobre su efectividad como intervenciones de entrenamiento uno a uno para facilitar el cambio de comportamiento.*

En este artículo nuestro objetivo fue revisar la evidencia para la PNL y específicamente para el coaching en PNL. Dado esta revisión, no dudamos en llegar a la opinión de que el coaching de psicólogos y aquellos interesados en el coaching basado en la evidencia harían bien en ignorar la marca de la PNL en favor de modelos, enfoques y técnicas donde existe una base de evidencia clara. Sin embargo, en el futuro, podríamos llevar con nosotros el sueño de elaborar juntos un modelo unificado de coaching que traiga lo mejor de todos los enfoques, pero dejando el bombo de las ventas y afirmaciones de cambios milagrosos sin fundamento detrás".

En una revisión sistemática de estudios sobre los efectos de PNL en la ansiedad, Nompo y colaboradores (2021) utilizaron criterios de inclusión con artículos en indonesio e inglés escritos en los últimos 5 años (desde 2015 hasta 2020). Los criterios de exclusión utilizados por el artículo fueron estilo de redacción abstracto, inaccesible o sin acreditación nacional. Los artículos fueron probados con herramientas de evaluación crítica. Los estudios encontrados indican que una buena comunicación usando PNL puede ayudar a reducir la ansiedad y puede promover cambios en los patrones de comportamiento de una persona. Existen varias técnicas de PNL que incluyen la agudeza sensorial, la reformulación, el anclaje, la relación, el ritmo y el liderazgo. La PNL puede mejorar el conocimiento, las habilidades y actitudes, las habilidades de comunicación, la autogestión, la salud mental, reducir el estrés laboral y la autoeficacia.

Vemos, entonces que, a pesar de que hay un número cada vez más considerable de investigaciones sobre PNL, la inmensa

mayoría de estas tienen debilidades metodológicas y no son tomadas en cuenta en revisiones amplias y estrictas, por lo que el área de oportunidad ya no es la cantidad sino la calidad de lo que se investigue en PNL.

BRAIN-GYM —GIMNASIA CEREBRAL—

Brain Gym es un método de kinesiología educativa creado por la pareja de los Dennison (Paul y Gail) en la década de 1970. Este programa consta de 26 ejercicios destinado a detectar y equilibrar los desequilibrios en el sistema nerviosos provocados por el stress, las tensiones, los bloqueos que nos limitan en el área del aprendizaje, como en el desarrollo de la creatividad y hasta el logro de metas en cualquier campo. Sus fuentes son: Touch for health (primahermana del EFT); Kinesiología educativa; optometría; técnica sacra occipital (SOT); Tai-Chi; Acupuntura; y Quiropráctica. Paul Denison es un gran investigador que gracias a su dislexia y dificultades visuales inició su programa.

Las estimulaciones bilaterales del EMDR y de otras técnicas pretenden contribuir a la integración cerebral, por lo que sería comparable con los ejercicios de Brain Gym que tienen como objetivo la integración de los hemisferios cerebrales y el desarrollo de movimientos en la línea central (lateralidades izquierda/derecha).

Además, en Brain Gym existe una serie de 7 “ejercicios de energía”, los cuales están basados en la misma fuente que EFT y Touch for Health, es decir, en los meridianos de energía de la Acupuntura.

Spaulding et al. (2010) revisaron si Brain Gym (BG, BGI) era una intervención educativa efectiva. Hasta esa fecha encontraron que hay poca evidencia empírica que valide el enfoque. Examinaron algunos supuestos teóricos a partir del cual se desarrolló BGI (lateralización cerebral, por ejemplo), revisaron la literatura de eficacia y proporcionaron sugerencias para tomar decisiones informadas sobre la juiciosidad de invertir tiempo y recursos en este programa.

Concluyen su estudio afirmando que los programas que parecen estar basados en principios de la ciencia del cerebro, particularmente BGI, no se le debe dar un pase gratuito basado únicamente en afirmaciones de estar "basado en el cerebro" pero, en cambio, debe estar sujeto al mismo estándar de empirismo y escrutinio que otras investigaciones educativas.

Después de ese año las cosas han cambiado un poco, aunque se siguen necesitando investigaciones de mayor calidad, cantidad de participantes y de aleatorización controlada.

Veamos una muestra de algunas investigaciones:

Saleh, S. y Mazlan, A. (2019) evaluaron los efectos de la enseñanza basada en el cerebro con i-Think Maps y el enfoque Brain Gym (BBT-iTBA) en comparación con el enfoque de enseñanza convencional (CTA) hacia la comprensión conceptual de la física entre estudiantes matriculados masculinos y femeninos. en el norte del país Malasia. Participaron 180 estudiantes. Se reveló que la combinación de tres técnicas poderosas (BBT, i-Think Maps y Brain Gym) a través de la implementación de BBT-iTBA ha mejorado enormemente la comprensión conceptual de Física entre los estudiantes matriculados de todos los géneros, en comparación con el CTA. Las principales características del BBT-iTBA, que son: centrarse en la función óptima del cerebro; promover y mejorar las habilidades de pensamiento; y creando un ambiente de aprendizaje relajado y divertido; se encuentra que son los factores desencadenantes significativos para que los estudiantes comprendan mejor la física conceptualmente y se destaquen en la materia.

Muhammad et al. (2020) mencionan que los ejercicios Brain Gym son un ejercicio aeróbico estructurado que involucra la cabeza, los ojos y los movimientos cruzados de las extremidades para estimular ambos hemisferios cerebrales. Este estudio se realizó para evaluar el efecto de las sesiones de ejercicios Brain Gym sobre la función cognitiva y el factor neurotrófico derivado del cerebro en plasma (BDNF) en los ancianos de Yakarta. Fue un estudio controlado aleatorizado no ciego en el que participaron 64 mujeres sanas mayores de 60

años que se aleatorizaron al grupo de tratamiento con ejercicios Brain Gym (n=32) y al grupo de control (n=32). El grupo de tratamiento se unió a 60 minutos de sesiones de ejercicios de gimnasia cerebral dos veces por semana durante 12 semanas. Los resultados medidos fueron la función cognitiva (evaluada mediante el cuestionario mini-mental state exam [MMSE]) y los niveles plasmáticos de BDNF. Los resultados se midieron al inicio y después de la intervención. Se utilizó una prueba t independiente para analizar los datos.

Los resultados de este estudio coincidieron con los resultados del estudio de Szuhany et al. (2014) en 1111 sujetos, en los que los investigadores afirmaron que las concentraciones de BDNF tenían un aumento estadísticamente significativo en el grupo de ejercicio físico.

En el estudio realizado por Zoladz et al. (2010) también se encontró que el ejercicio físico aeróbico puede aumentar la concentración de BDNF. El factor neurotrófico derivado del cerebro es capaz de regular la potenciación a largo plazo (LTP) en el área del hipocampo al fortalecer las respuestas sinápticas hacia la estimulación tetánica. La potenciación a largo plazo como una forma de plasticidad sináptica que juega un papel en la formación de la memoria a largo plazo.

En el estudio de Rasmussen et al. (2009) se encontró un aumento de las concentraciones plasmáticas de BDNF durante el ejercicio físico aeróbico. BDNF juega un papel importante en el crecimiento y la resistencia neuronal. El factor neurotrófico derivado del cerebro también afecta el aprendizaje y la memoria.

Muhammad et al. concluyen que las sesiones de ejercicios Brain Gym aumentan significativamente el nivel plasmático de BDNF en la población anciana. En términos prácticos, podemos sugerir la evaluación de los efectos de los ejercicios Brain Gym como estrategia en el tratamiento de trastornos asociados con cambios degenerativos centrales.

En 2021, Silakarma et al. realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar la efectividad de los movimientos de la danza balinesa sobre la función cognitiva, la calidad de vida y los niveles de BDNF en personas mayores. Este estudio utilizó un diseño de investigación experimental con Pretest Postest One

Group Design.

El lugar de la investigación se llevó a cabo en un lugar de Indonesia, entre diciembre de 2018 y febrero de 2019. La población objetivo de este estudio eran 40 personas todas mayores de 60 años de edad, con deterioro cognitivo en Bali.

Esta gimnasia de danza balinesa es un ejercicio aeróbico que dura 11 minutos con 2 minutos de calentamiento detallado, 7 minutos de movimiento central y 2 minutos de enfriamiento y se realiza 3 veces a la semana durante 8 semanas. Se ha demostrado que esta gimnasia de danza balinesa mejora la función cognitiva y la calidad de vida en personas mayores con deterioro cognitivo.

Con base a los resultados de la investigación que ha sido uno, se puede concluir que la aplicación de Brain Gym y Brain Vitalization Exercises en el movimiento de Danza Balinesa está comprobado que mejora la función cognitiva en las personas mayores. Se ha demostrado que los ejercicios Brain Gym y Brain Vitalization en el movimiento de danza balinesa mejoran la calidad de vida de las personas mayores en el dominio del bienestar psicológico, social y ambiental. Los ejercicios de gimnasia cerebral y vitalización cerebral en el movimiento de danza balinesa reducen el factor neurotrófico derivado del cerebro en el suero sanguíneo de los ancianos.

Por otra parte, Vila et al. (2015) tuvieron como objetivo de un estudio analizar el efecto que un programa de ejercicios de Brain Gym adaptados al medio acuático provoca en la función cognitiva y en el nivel de forma física de las personas mayores de 60 años.

Los participantes en este estudio fueron 13 adultos mayores independientes. Los sujetos fueron divididos en dos grupos (7 en el experimental y 6 en el control). Todos los participantes realizaron cada semana dos sesiones en agua, otra en seco, cada una de una hora de duración.

El efecto del programa en la función cognitiva se valoró a través del Digit Symbol Modality Test, mientras que su impacto

en la condición física se evaluó mediante los test “Two Minute Step” y “Time Up and Go”.

Con la intervención realizada, no se han constatado mejoras en la capacidad aeróbica ni en el equilibrio, pero sí en aspectos cognitivos. Estas mejoras pueden estar relacionadas con las características del medio acuático, pues la presión hidrostática, la viscosidad y la turbulencia experimentadas por el sujeto proporcionan estimulación sensorial durante toda la ejecución del programa.

Otras formas de impulsos aferentes pueden ser incrementados en la piscina, incluyendo estímulos cutáneos del agua en la piel y entradas aferentes de los receptores musculares por el movimiento de los segmentos del cuerpo (Morris, 1994) lo que incrementa las entradas propioceptivas.

Los resultados actuales están en línea con el estudio de Fedor et al. (2015), quienes sugieren que se pueden lograr mejoras en la función cognitiva con una duración más corta para una población sin patología cognitiva.

El diseño del reciente estudio de Seth et al. (2022) fue un estudio cuasi-experimental con estudiantes con insomnio de leve a moderado como participantes del estudio que duró 6 meses. Fueron seleccionados 65 participantes cuyo rango de edad estaba entre 18 a 24 años, siendo estudiantes de pregrado en fisioterapia e insomnio de gravedad moderada (puntuación de 15 a 24 en el índice de gravedad del insomnio).

El objetivo de este protocolo de estudio fue evaluar el efecto de los ejercicios de gimnasia cerebral sobre la calidad del sueño. Después de echar un vistazo a cómo aliviar los trastornos del sueño en términos de calidad del sueño y ser un método de curación no farmacológico, encontraron que los ejercicios de gimnasia cerebral pueden ser una respuesta solvente. Se han realizado varias investigaciones para evaluar la eficacia de los ejercicios de gimnasia cerebral para mejorar la atención, la memoria, la cognición e inducir la relajación (Siroya et al., 2021; Adriani et al., 2020). El resultado se evaluó mediante el PSQI y el índice de gravedad del insomnio. La investigación ayudó a evaluar la efectividad de los ejercicios de gimnasia cerebral en estudiantes con insomnio moderado y ayudó con las estrategias

involucradas para inducir la relajación y mejorar la calidad del sueño (Raju et al., 2020). En 2019, Effendy et al. estudiaron los efectos de la gimnasia cerebral en la calidad del sueño y la ansiedad en los ancianos, y encontró que la gimnasia cerebral mejoró significativamente la calidad del sueño y redujo la ansiedad después de ocho semanas de intervención. Se ha demostrado que los ejercicios actúan tan eficazmente como las drogas hipnóticas para reducir el insomnio.

El trabajo preliminar en este campo, la mayor parte del cual se centró en la eficacia de la gimnasia cerebral como intervención, fue realizado por Spaulding et al. —ya señalado al inicio de este subcapítulo— informaron que los ejercicios de gimnasia cerebral tienen un gran potencial para mejorar el aprendizaje y la comprensión científica (2010). El estudio sugiere que el alcance de los ejercicios de gimnasia cerebral también debe ampliarse a otros grupos de edad, ya que los resultados muestran tendencias positivas. No solo ayudará a mejorar la calidad del sueño, sino que también mejorará la memoria, la cognición y la atención, y puede usarse para tratar el insomnio leve a moderado.

Un estudio de Rajeswari et al. (2021) compara la Gimnasia Cerebral y la Habilidad de Movimiento Dinámico sobre la memoria de trabajo en Mujeres de Mediana Edad con Olvido de Memoria.

Fue un estudio experimental que duró 12 semanas, participando 100 personas con edades entre 40 y 50 años, de Tambaram, China. En la prueba de memoria de dígitos, se toman puntajes de tareas de avance de dígitos y retroceso de dígitos para evaluar el rendimiento de la memoria de trabajo.

Estos hallazgos demuestran que la intervención de gimnasia cerebral mejora las clasificaciones de rendimiento general de la memoria de los participantes. Los resultados finales del análisis tienen validez que la intervención de gimnasia cerebral tiene que verse obligados a mejorar el rendimiento general de la memoria operativa en mujeres de mediana edad.

Los hallazgos de este estudio están respaldados por Dini Mei W et al. (2017), ah Yusuf et al. (2015), Kuntari et al. (2016), Bungawali Abduh et al. (2018) que concluyeron que la intervención de gimnasia cerebral mejora el rendimiento cognitivo.

Este estudio involucra la práctica motora para medir el rendimiento de la memoria de trabajo en mujeres de mediana edad. Tanto la intervención Brain Gym como la Dynamic Movement Skill muestran una mejora en el rendimiento de la memoria de trabajo en mujeres de mediana edad. La habilidad de movimiento dinámico mejoró más que Brain Gym.

Jeon (2015) midió las ondas cerebrales del lóbulo frontal de 20 estudiantes universitarios, analizaron las diferencias en los patrones de actividad y examinando los efectos de la gimnasia nacional y la gimnasia cerebral en la actividad del lóbulo frontal.

Veinte estudiantes universitarios fueron asignados a un grupo de gimnasia nacional o a un grupo de gimnasia cerebral, y se compararon los índices de ondas cerebrales antes y después del ejercicio. Este estudio llegó a las siguientes conclusiones.

1. ambos grupos mostraron una disminución en su índice de reposo, lo que indica activación cerebral.

2. solo la gimnasia cerebral mostró una mejora en su atención.

3. ambos grupos mostraron una mejora en la concentración, pero la mejora fue mayor después de la gimnasia cerebral.

Por lo tanto, tanto la gimnasia nacional como la gimnasia cerebral contribuyen a mejorar la concentración, pero la gimnasia cerebral es más efectiva para aumentar la atención.

Mojarad et al. (2021) se propusieron en un estudio investigar la efectividad de un período de ejercicios de gimnasia cerebral sobre el equilibrio y el control inhibitorio en ancianos con deterioro cognitivo leve. Este fue un estudio cuasiexperimental con pretest-postest y diseño de grupo

control. La población estadística de este estudio consistió en todos los ancianos con deterioro cognitivo leve que vivían en Urmia, Irán en 2020. La muestra incluyó a 30 ancianos con deterioro cognitivo leve, de 60 a 80 años.

Se pidió al grupo experimental que realizara tres sesiones de 30 minutos de los ejercicios de gimnasia cerebral de Dennison y Dennison a la semana durante ocho semanas.

Los datos se analizaron utilizando el Análisis de Covarianza (ANCOVA) en SPSS-24. Los resultados indicaron que después de controlar las puntuaciones previas a la prueba, hubo una diferencia significativa entre los grupos de control y experimental en términos de Timed Up and Go y control inhibitorio (P = 0,001). Según los hallazgos del estudio actual, debido a la facilidad de implementación de los ejercicios de gimnasia cerebral.

MINDFULNESS Y ESTIMULACIÓN BILATERAL

Corroborados por la decisión de la APA, añaden el tapping de acupuntos a la meditación mindfulness (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006) y la estimulación bilateral (Benish, Imel, & Wampold, 2008) como tratamientos no convencionales basados en evidencia cuyos mecanismos de acción son menos que claros, pero cuya eficacia parece digna de atención por parte de los médicos en ejercicio.

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) de Zindel Segal tiene actualmente estatus de ser una terapia basada en la evidencia, según la División 12 de la APA.

IFS

Se presentó en 2014 una solicitud integral solicitando la inclusión de IFS en NREPP. Se basó en un estudio de prueba de concepto realizado por Nancy Shadick, MD, MPH; Nancy Sowell, MSW, LICSW; y varios investigadores y terapeutas de IFS. El estudio clínico aleatorizado longitudinal, que involucró a 70-algunos pacientes en un tratamiento IFS durante 36 semanas con seguimientos periódicos que incluyeron 12 meses después

de la intervención, se publicó en agosto de 2013 en la revista revisada por pares Journal of Rheumatology.

La revisión científica independiente de SAMHSA del estudio y la solicitud de NREPP afirmó los siguientes hallazgos, que ahora se enumeran, a partir del 23 de noviembre de 2015, en el sitio web federal de NREPP: NREPP.SAMHSA.gov.

Imaginar un mundo terapéutico sin controversias

Imaginemos qué hubiera sido de nuestro quehacer terapéutico si no hubiéramos utilizado recursos de terapias aun no aceptadas científicamente, por ejemplo, de todas las expuestas en este libro.

…..¿?¡!……

Sin comentarios.

Referencias

Análisis de situación de las terapias naturales (2011). Resumen. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España:
https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf

Beaulieu, Danie. (2022). Efficacy of Eye Movement Integration Therapy: A novel therapy for rapid, ecological integration of traumatic memories. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/252390099_Efficacy_of_Eye_Movement_Integration_Therapy_A_novel_therapy_for_rapid_ecological_integration_of_traumatic_memories

Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. y Turner, S. (2007).Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: review systematics and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry, 190(2), 97-104.
https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402

Charmaine van der Spuy & Adrian DuPlessis van Breda. Un estudio exploratorio sobre el uso de la terapia de Integración del Movimiento Ocular (EMI) para tratar el trauma en la primera infancia en Sudáfrica. An Exploratory Study on the Use of Eye Movement Integration Therapy for Treating Trauma in Early Childhood in South Africa. Pages 157-174 | Published online: 09 Apr 2018
DOI: https://doi.org/10.1080/13575279.2018.1441126
Texto completo en inglés: http://eyemovementintegration.be/StruwigZuid-Afrika.pdf

Comparative Effectiveness Research Series Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy An Informational Resource 2012. https://www.emdria.org/wp-content/uploads/2020/06/SAMHSA.2012.NREPP-Comparative-Effectiveness-Research-Series-on-EMDR-Therapy.pdf

Corrigan, F. y Grand, D. Brainspotting: Recruiting the midbrain for accessing and healing sensorimotor memories of traumatic activation. Medical Hypotheses, Volume 80, Issue 6, 2013, Pages 759-766, Doi: https://doi.org/10.1016/j.mehy.2013.03.005.

Cuijpers et al. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. Cogn Behav Ther. 2020 May;49(3):165-180. doi: 10.1080/16506073.2019.1703801. Epub 2020 Feb 11. Doi: 10.1080/16506073.2019.1703801

D'Antoni F, Matiz A, Fabbro F, Crescentini C. (2022) Psychotherapeutic Techniques for Distressing Memories. A Comparative Study between EMDR, Brainspotting, and Body Scan Meditation. International Journal of Environmental Research and Public Health. 19(3):1142. https://doi.org/10.3390/ijerph19031142

Díez, Eduardo. Entrevista a Eduardo Díez publicada en Revista Chasquido de Recuperada en 2010 de www.pnlnet.com

Druckman, D.; Swets, J.A. (1988). «Enhancing human performance: Issues, theories, and techniques». Human Resource Development Quarterly (Washington, DC: National Academy Press) 1 (2): pp. 151-162, 202-206. Doi: https://doi.org/10.1002/hrdq.3920010212
Texto completo en inglés:
https://nap.nationalacademies.org/cart/download.cgi?record_id=1025
EMDR incluido por la APA (Division 12) como tratamiento basado en evidencia:
https://www.div12.org/treatment/eye-movement-desensitization-and-reprocessing-for-post-traumatic-stress-disorder/

Hildebrand, A.; Grand, D.; Stemmler, M. Brainspotting – the efficacy of a new therapy approach for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder in comparison to Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Mediterranean Journal of Clinical Psychology MJCP ISSN: 2282-1619,.VOL 5 N.1 (2017) https://doi.org/10.6092/2282-1619/2017.5.1376

Internal Family Systems is an Evidence-based Practice:

https://www.ifstherapy.org/index.php/internal-family-systems-is-an-evidence-based-practice
Jeon, K.H. (2015). Effects of National Gymnastics and Brain Gymnastics on Frontal Lobe Activity. J Int Acad Phys Ther Res 2015; 6(2): 896-901. Doi: http://dx.doi.org/10.5854/JIAPTR.2015.10.30.896
Lena H. Sun and Juliet Eilperin. Trump administration freezes database of addiction and mental health treatments. Washington Post. January 10, 2018
Mojarad Azar Gharabaghi, M. J., & Dehghanizadeh, J. (2021). The Effectiveness of a period of brain gym exercises on the balance and inhibitory control in the elderly with mild cognitive impairment. Aging Psychology, 7(3), 211-228. Doi: 10.22126/JAP.2021.6509.1539
Moore, John & Manea, Alexandru. (2018). The Use of Integral Eye Movement Therapy (IEMT) in the Treatment of Psoriasis Induced Skin Eruption - a Case Study. 21. 71-81. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/327542346_The_Use_of_Integral_Eye_Movement_Therapy_IEMT_in_the_Treatment_of_Psoriasis_Induced_Skin_Eruption_-_a_Case_Study
Muhammad DAK, Imran Y, Mawi M, Amani P, Ilyas EII. Efecto de los ejercicios Brain Gym sobre la función cognitiva y el nivel plasmático del factor neurotrófico derivado del cerebro en ancianos: un ensayo controlado aleatorizado. Universidad Med 2020;39:34-41. doi: 10.18051/UnivMed.2020.v38.34-41.
Nompo, R. S., Pragholapati, A., & Thome, A. L. (2021). Effect of Neuro-Linguistic Programming (NLP) on Anxiety: A Systematic Literature Review. KnE Life Sciences, 496–507. https://doi.org/10.18502/kls.v6i1.8640
Novo Navarro P, et al. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2018;11:101–114.Doi: https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002 Recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/A-Valiente/publication/323851306_25_years_of_Eye_Movement_Desensitization_and_Reprocessing_EMDR_The_EMDR_therapy_protocol_hypotheses_of_its_mechanism_of_action_and_a_systematic_review_of_its_efficacy_in_the_treatment_of_post-traumati/links/5acf26a50f7e9b18965b0f0c/25-years-of-Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-EMDR-The-EMDR-therapy-protocol-hypotheses-of-its-mechanism-of-action-and-a-systematic-review-of-its-efficacy-in-the-treatment-of-post-traumat.pdf
Palsimon Jr., T. (2022). The preliminary efficacy and clinical applicability of Brainspotting among Filipino women with severe posttraumatic stress disorder. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. Doi: 10.12740/APP/143015
Passmore, J. and Rowson, T. (2019). Neuro-Linguistic Programming: A Review of NLP Research and the Application of NLP in Coaching. International Coaching Psychology Review, vol. 14, issue. 1, pp 57-69. Artículo completo en inglés: http://jonathanpassmore.com/wp-content/uploads/resources/Passmore%20&%20Rowson%20(2019)%20Neuro-Linguistic-programming%20A%20critical%20review%20of%20NLP%20research%20and%20the%20application%20of%20NLP%20in%20coaching.pdf
Psychological Treatments. División 12 de la APA: https://div12.org/psychological-treatments/
Rajeswari et al. (2021). A Comparative Study of Brain Gym and Dynamic Movement Skill on Working Memory in Middle Aged Women with Memory Oblivion. Nat. Volatiles & Essent. Oils, 2021; 8(4): 3185-3208 Recuperado de: https://www.nveo.org/index.php/journal/article/view/718/649
Ros, Ricardo. Refutaciones en contra de la PNL. 3 Partes. Publicado en Revista Chasquido www.pnlnet.com Cruce de cartas que Ricardo Ros tuvo con Alejandro Borgo, de El Cairp, Recuperado en 2022 de: **https://dokumen.tips/documents/pnl-primera-parte-25-articulos-563382876678c.html**
Saleh, S. y Mazlan, A. (2019). Los efectos de la enseñanza basada en el cerebro con I-Think Maps y el enfoque Brain Gym hacia la comprensión de la física. JPII 8 (1) (2019) 12-21. Jurnal Pendidikan IPA Indonesia. DOI: 10.15294/jpii.v8i1.16022
Seth NH, Phansopkar P, Kariya SK (2022). Influencia de las actividades de gimnasia cerebral en la calidad del sueño en el insomnio moderado. Cureus 14(9): e28693. DOI 10.7759/cureus.28693
Shadick NA, Sowell NF, Frits ML, et al. A randomized controlled trial of an internal family systems-based psychotherapeutic intervention on outcomes in rheumatoid arthritis: a proof-of-concept study. J Rheumatol. 2013;40(11):1831-1841. https://doi.org/10.3899/jrheum.121465
Shedler, J. (2017, November 19). Selling bad therapy to trauma victims: Patients and therapists should ignore new guidelines for treating trauma. Psychology Today Blog.
Silakarma, D., Adiputra, N., Sudewi, AAR y Widiana, IGR (2021). Aplicación de gimnasia cerebral y ejercicios de vitalización cerebral en el movimiento de la danza balinesa mejora las funciones cognitivas, la calidad de vida y la disminución del nivel de BDNF en los ancianos. Revista Internacional de Ciencias de la Salud, 5(2), 135-150. https://doi.org/10.29332/ijhs.v5n2.1356
Spaulding, S. et al. (2010). Is Brain Gym an Effective Educational Intervention? Faculty Publications and Presentations. 148. Recuperado de:
https://digitalcommons.liberty.edu/educ_fac_pubs/148
Sturt J; Ali S; Robertson W; Metcalfe D; Grove A; Bourne C; Bridle C. Br; (2012). Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. J Gen Pract. 2012 Nov;62(604):e757-64. Doi: https://doi.org/10.3399/bjgp12X658287
Artículo completo en inglés:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481516/
Tanenbaum, S. J. (2005). Evidence-based practice as mental health policy: Three controversies and a caveat. Health Affairs, 24(1). https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.1.163
"Terapia de Integración del Movimiento del Ojo" (EMI) en pacientes con pesadillas - un estudio piloto". 0552 "Eye-Movement-Integration Therapy" (EMI) in patients with nightmares - a pilot study". Sleep, Volume 45, Issue Supplement_1, June 2022, Page A243, Doi: https://doi.org/10.1093/sleep/zsac079.549
Vila, Mª.H.; Malvido, D.; Ayán, C.; Cancela, J.M (2015). Adaptación del Brain Gym al medio acuático: efectos en la función física y cognitiva de los adultos mayores. E-balonmano.com: Revista de Ciencias del Deporte, vol. 11, núm. 1, 2015, pp. 11-12. Recuperado de: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86538704006
Zaharia C, Reiner M, Schütz P. (2015) Evidence-based Neuro Linguistic Psychotherapy: a meta-analysis. Psychiatr Danub. 2015 Dec;27(4):355-63. PMID: 26609647. Abstract: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26609647.
Artículo completo en inglés: https://www.nlpt.at/res2.pdf

26.- CONCLUSIONES

Si bien hay pocas terapias basadas en evidencia —sólida o controvertida—, liderando estas las cognitivo-conductuales, está muy claro para docenas de miles de psicólogos y psicoterapeutas que no están formados en este enfoque de cognición y de conducta, que los enfoques distintos a "lo estándar validado" también se están esforzando por consolidarse con investigaciones, porque el reconocimiento social, educativo y a veces gubernamental y empresarial ya lo tienen desde hace décadas, a pesar de los intereses comerciales y universitarios de los enfoques dominantes que se venden y se promocionan como los oficiales y únicos basados en evidencia, sin reconocer muchos de sus fracasos y limitantes en casos que han sido solucionados con las terapias "rivales, no oficiales y que no están basadas en evidencia científica", alegan.

Hemos visto que el rigor científico absoluto aun no es alcanzado por ninguna de las terapias y psicoterapias mencionadas en este libro. Pero esto no es motivo para que nos estanquemos en lamentos ciegos o en defensas fanáticas de cada técnica, enfoque o método.

Siguen siendo importantes las miradas fenomenológica y sistémica, no solamente la científica. Desde el psicoanálisis de Freud allá por finales de 1800 hasta de este contemporáneo

2023 se ha avanzado relativamente poco en la Psicología y en la Psicoterapia, esto porque aún quedan muchos misterios en nuestro cerebro, cuerpo y espiritualidad. Así como en la naturaleza aún quedan por definir cuestiones de energías sutiles desconocidas y profundizar en las energías ya conocidas que influyen en nuestro sistema nervioso, procesos mentales y comportamiento.

Es tarea obligada que los psicólogos y los psicoterapeutas continúen incrementando el rigor de sus investigaciones y evitar servir con charlatanería.

Lector, investigador, terapeuta, psicólog@, o quien seas: No podemos tirar a la basura los miles de testimonios —incluyendo los que puedan aportar este autor y muchos de los lectores de este libro— de consultantes que se han beneficiado con este tipo de terapias que funcionan en la práctica muchas de las veces, aunque ninguna en el cien por cien de los casos.

Muy pocas veces, los practicantes de este tipo de terapias hacen autocrítica, como en este caso. Prefieren fanatizarse y hacer oídos sordos a las deficiencias y errores de sus terapias. Considero que hay que estar abierto a las sugerencias, al avance, a la investigación, al conocimiento, al mejoramiento y a la adaptación paralela a los nuevos descubrimientos que se vayan dando en la Psicología y la Psicoterapia.

Hay que avanzar con prudencia y con ambos hemisferios cerebrales integrados, sin abusar de alguno. *Sin cerrar la mollera, pero tampoco abrir demasiado la cabeza porque se nos puede salir el cerebro*.

27.- GIROS ENERGÉTICOS

Cosas tan inmensas giran, como las estrellas; cosas tan pequeñas como los electrones, también. La Tierra, nuestro planeta, gira. Todo el universo es energía que vibra y oscila a distintas frecuencias, con ritmos y sincronizaciones, mediante ondas o partículas. Y las partículas subatómicas, las moléculas o incluso las estrellas y planetas, se mueven en el universo girando en sí mismos y también en relación a otros cuerpos.

Una de las creencias arraigadas entre los practicantes de chakras y acupuntura es la **dualidad sedación/activación de la energía** —Chi, en el caso de los acupuntores— de puntos energéticos, meridianos o hasta zonas del cuerpo.

Para no entrar en rollos kilométricos, resumiré que consideran lo siguiente:

El giro hacia la izquierda —de un chakra, aguja o incluso digitopuntura—, en sentido contrario a las manecillas del reloj, provocará sedación o dispersará la perturbación energética existente (exceso de energía yang).

El giro hacia la derecha —de un chakra, aguja o incluso digitopuntura—, coincidente con el sentido de las manecillas del reloj, provocará activación o reforzamiento de la energía

benéfica, se le llame Chi o prana.

El Dr. Francisco Barnosell (2012) nos comenta que el estudio de los chakras con la antena de Lecher y con la varilla de la bola (en su extremo) confirma con la visión del giro de la misma frente al chakra analizado un dibujo de un círculo amplio de unos veinticinco centímetros de diámetro (si su funcionamiento es correcto). Estos datos, observados con su amigo J.J., sugieren que delante del chakra se forma un giro a modo de remolino, como si de un vórtice se tratara, con dirección desde el cuerpo hacia fuera a una velocidad lenta. El vértice está en el cuerpo, y el cono se va haciendo cada vez más grande a medida que se aleja del cuerpo, hasta alcanzar unas medidas considerables antes de su dispersión (a cincuenta centímetros del cuerpo). El sentido del giro es dextrógiro (como las agujas del reloj), aunque a veces puede ser al contrario, levógiro (en casos patológicos); por lo que si están bloqueados debemos realizar movimientos o ejercicios que potencien o faciliten o abran este tipo de giro, además de dar energía al paciente.

El Doctor Ingeniero Industrial Manuel Icardo del Campo expuso en Madrid, España (2005) una conferencia titulada "El universo dextrógiro y levógiro", en ella comenta: "*En resumen, podría decirse que la famosa materia y anti-materia solo tienen de diferencia fundamental el sentido de giro de sus momentos magnéticos, girar "a izquierdas" o "a derechas"*.

Por todo lo anterior, aunque aún no existen evidencias irrefutables sobre el giro de los chakras o de las agujas acupunturales, no deja de sorprender que en la práctica haya múltiples testimonios de diferentes terapeutas energéticos y de pacientes de los mismos que alegan tener resultados favorables al usar esta referencia.

En la filosofía china del taoísmo, a los dos principios o polaridades originales en los que se divide la unidad del Tao se les llama **Yang** (principio masculino) y **Yin** (principio femenino), siendo fuerzas o energías complementarias. En la tradición hermética, la misma polaridad se expresa por medio de los símbolos del «Sol» (masculino) y la «Luna» (femenino); y en la

filosofía India, la energía masculina es *Pingala*, mientras que la femenina es *Ida,* las cuales se entrelazan y se unen en la columna vertebral. El Yang chino y el Sol son símbolos del principio masculino, activo y positivo que, en el campo psicológico, corresponderían a la conciencia diurna. El Yin o principio de la Luna se refiere al principio femenino, nocturno, negativo, receptor y corresponde al inconsciente del individuo. La mitad izquierda del cerebro, de energía Yang, rige el lado derecho del cuerpo, es decir, el activo y masculino. El hemisferio derecho es Yin, femenino. El Yin y el Yang estarían representados en el antiguo símbolo chino «Tai Chi» (el todo, la unidad) en un círculo dividido en mitad blanca (Yang) y mitad negra (Yin), cada una de las cuales contiene, a modo de germen, otro círculo dividido en dos mitades complementarias (Dahlke y Dethlefsen, 2004).

En su libro '*Sentir para Sanar',* Christian Fleche afirma: En la medicina china tradicional encontramos también estos dos movimientos, estas dos energías, menos conocidas que los famosos Yin y Yang: frente a lo que se percibe como negativo, existe la energía WEI QI (wei es la energía defensiva, que gira hacia la izquierda; frente a la carencia de lo positivo, está la energía Yong o energía nutricia, que gira hacia la derecha.

Dice Barbara Brennan: "La energía se desplaza casi siempre de izquierda a derecha alrededor del círculo. Cuando el funcionamiento de los chakras es normal, cada uno de ellos se "abrirá", girando en el sentido del reloj para metabolizar las energías particulares que necesita del campo universal. Cuando el chakra gira en sentido contrario a las agujas del reloj, la corriente fluye del cuerpo hacia fuera, con lo que interfiere el metabolismo. Dicho de otro modo, ***las energías que necesitamos y experimentamos como realidad psicológica no fluyen al interior del chakra cuando el giro es en sentido contrario a las agujas del reloj.*** Por tanto, decimos que el chakra está "cerrado" a las energías que llegan. El doctor John Pierrakos —citado por Brennan— ha comprobado que un movimiento del péndulo en el sentido de las agujas del reloj denota un chakra psicodinámicamente abierto. Y cuando el péndulo se desplaza en el sentido contrario a las agujas del reloj, ese chakra se encuentra psicodinámicamente cerrado.

Otros que usan el péndulo en sus diagnósticos de kinesiología, sin ideas preconcebidas, suelen probar qué significará la dirección del giro de este.

Joaquin Andrade (2011) señala que aún no se ha estudiado científicamente el efecto de los giros en las técnicas de tapping energético. Mientras que Hanisch (2020) y Gabriel Guerrero (2002) se pronuncian por comprobar el resultado de las rotaciones o giros y tomar decisiones sobre el efecto como dualidad **dolor/placer**.

El Neuro-Coaching eléctrico de Hanisch

Según Hanisch (2020), los seres humanos somos básicamente seres eléctricos y estamos rodeados de un campo electromagnético. Cree que no necesitamos seguir las discusiones de Internet sobre si los hombres y las mujeres difieren en las direcciones de rotación de algunos o todos los chakras. ***Asume que ninguna dirección de rotación es correcta o incorrecta o normal o anormal***. Sólo asume que ciertas direcciones de rotación se sienten bien y otras se sienten mal. Según sean las sensaciones positivas o negativas, los movimientos giratorios serán positivos o negativos. Y se trabaja con ello con moveSync1 y moveSync2.

moveSync1: Dispersar o debilitar las emociones negativas

Las emociones negativas y los problemas pueden manifestarse en el cuerpo como puntadas, calambres en la pierna, dolores abdominales o contracturas en el cuello. Esto nos recuerda las sensaciones-sentidas, las zonas donde el consultante asocia sus molestias emocionales.

Luego se prueba qué movimientos de giros o rotaciones mejoran o alivian las molestias. Para ello, el terapeuta realiza movimientos de rotación, es decir, giros o movimientos circulares con su mano sobre la parte afectada del cuerpo del consultante. Es importante que el terapeuta realice estos movimientos muy cerca del cuerpo del cliente, ya que lo ideal es que esto se produzca dentro del aura del cliente,

y los campos magnéticos del cliente y del terapeuta deben interactuar.

Después, se utiliza la dirección del giro que significa un empeoramiento. La energía negativa que se encuentra sobre ella, ahora se revierte. Para ello se utiliza el principio del generador, usando giros rápidos. El terapeuta tendrá la opción de agregar algún sonido bilateral o relajante. El procedimiento se termina con el impulso de energía conocido como ***energySync***, consistente en un toque que saque al consultante del estado en que estaba, para esto se puede recurrir a una palmada en el hombro, tapping rápido en su frente, tocar su mano o hacer tris tras con los dedos.

moveSync2: Amplificar las emociones positivas.

Se busca un lugar en el cuerpo que sea clave para sentir una emoción o sentimiento positivo. Los recomendables serán el corazón, el timo, el hará, el ombligo, el tercer ojo, el R27 bajo las clavículas o atrás de la cabeza. Sin embargo, si nos guiamos con la sensación sentida, fluiremos hacia una zona específica que puede o no coincidir con las más comunes sugeridas. Una vez ahí, se busca la dirección de giro o rotación en la que se tiene una sensación positiva. La búsqueda se hará con los ojos cerrados o abiertos. Luego, esta sensación positiva se potencia con los movimientos giratorios de la mano en la dirección encontrada, con la opción de agregar algún sonido o aroma anclados a eso positivo.

Breviario de casos y variantes

1.- Los giros en los puntos energéticos.

De acuerdo a lo tratado en este capítulo, se puede optar por realizar giros para sedar o para estimular un punto energético, sea alguno de los usados en EFT o en alguna de las técnicas prima-hermanas de psicología energética.

Benítez Rodríguez y Ramón Núñez (2014) menciona que, al **tonificar** energéticamente, hay que girar con poca fuerza y en frecuencia a favor del reloj. Mientras que, al **dispersar** energéticamente hay girar con mucha fuerza y la frecuencia es en contra del reloj.

Jacques Staehle (2008), en su Tratado de Digitopuntura afirma que: En caso de ***exceso de energía yang***, *dispersaremos*. Por ejemplo: Inflamación, quemadura, insomnio, nerviosismo, ansiedad, calambres, excesivo calor o sequedad, extroversión excesiva, movimientos exagerados.

En caso de ***insuficiencia de energía yang***, *tonificaremos*. Por ejemplo: inercia, indolencia, diuresis abundante, relajamiento excesivo, excesiva humedad, somnolencia, insensibilidad, interiorización.

A exceso de energía yang, insuficiencia de energía yin, y viceversa.

Podemos tonificar o dispersar un meridiano, un órgano o una función, una zona del cuerpo o todo el cuerpo.

Para aplicar giros se sugieren estos puntos energéticos:

1.- PK (Punto Kárate) de la mano izquierda o derecha.

2.- PG (Punto Gamas) de la mano izquierda o derecha.

3.- 4IG (Punto 4 Intestino Grueso) de la mano izquierda o derecha.

4.- PH (Punto Hara): 3 centímetros bajo el ombligo

5.- Timo (acupunto 20VC, bajo el centro de las clavículas).

6.- R27 (Puntos Riñón 27) izquierda/derecha bajo las clavículas.

7.- Zona dolorosa izquierda (ZD) ubicada a medio camino entre la clavícula izquierda y el corazón.

8.- IG20 (Punto 20 del Intestino Grueso) izquierdo y derecho, a los lados de las narinas.

9.- V1 (Punto 1 de la Vejiga) en el nacimiento interior de los ojos.

10.- VG20 (Coronilla de la cabeza), también conocido como el remolino o chakra 7.

11.- VB20 (Pozos o Huecos) ubicadas a los lados de la nuca de la cabeza.

12.- En la “joroba”, es decir, en la séptima cervical (acupunto VG14).

Para alinear chakras o puntos energéticos hacer giros hacia la derecha —siempre y cuando hacia esa dirección haga sentir mejor al consultante—, además de aumentarles brillantez en su color particular, acercarlos, aumentarlos de tamaño, etcétera—.

Ahora, las características del giro pueden ser por lo menos de cuatro maneras:

-Masaje con el pulgar, dedo corazón, dedo índice o con varios dedos. Aquí pueden ser creativos los que confíen en el significado descodificado de cada dedo.

-Giro con imposición de mano, suelta o con dedos pegados como sugiere Castaneda.

-Giro con mudra en la mano.

-Giro con alguna gema u objeto útil para terapia.

2.- Polaridades en los giros físicos o visualizados.

Enfaticemos la dualidad que hay en los giros de dolor/placer, problema/solución, comodidad/incomodidad, etcétera. Para integrar la cualidad de los giros hay que recordar que se actúa tanto en la dirección conflictiva como en la dirección favorable, aunque la diferencia estará no sólo en la ruta del giro, sino también en la zona corporal que se actuará.

¿Hacia dónde gira tu enfermedad, sensación, sensación-sentida, emoción, sentimiento, creencia, problema, conflicto, necesidad?

A veces, el consultante ha informado que no gira el

problema, o que se mueve hacia abajo o hacia adelante, entonces hacer el movimiento contrario (atrás/adelante, arriba/abajo, inmóvil/moverlo). Por ejemplo, Alberto ubicó su problema en la pared abajo al centro, y que se movía recto hacia la izquierda, por lo que se le pidió que lo visualizara moviéndolo en recta hacia la derecha.

Con la mano derecha hacer los cambios porque el hemisferio cerebral izquierdo es el que se mueve para los cambios.

El giro del pulgar de la mano derecha que masajea tiene que ser en sentido contrario a las agujas del reloj (a la izquierda) en las zonas tensas, coloridas o en los puntos energéticos.

Si el lector tiene duda sobre cómo se representaría el reloj en el cuerpo tengo que decirle que se puede guiar por la siguiente comparación: haga los movimientos como si viera y siguiera un reloj en un espejo. O también, imagine que del cuello hacia abajo estará tatuado un reloj con la carátula mirando hacia usted, con el 12 hacia abajo, y el sentido de sus números hacia la derecha. Mientras que, si quiere representarse el reloj en su rostro o cabeza, imagine estar viendo un reloj en un aparador y espejeando la dirección del sentido a favor o en contra de las manecillas de este.

Giros rápidos hacia la izquierda (o hacia donde detecte el problema). Giros lentos hacia la derecha (o hacia donde oriente su placer o tonificación). La velocidad se basa en lo que se ha investigado en el sueño REM de los movimientos oculares (Hanisch, 2020).

3.- Otros giros.

Tengo que enfatizar que los giros, cual sea la manera en que se usen, solamente son un recurso en la terapia, no algo único.

A.- ***Giros en la periferia del campo visual***.

Son miradas que de *reojo* o de manera periférica recorren

la parte superior, inferior y laterales de nuestro campo visual, en los límites de nuestros *puntos ciegos*. Estos giros a veces los facilito para estimular el inconsciente del consultante: a veces surgen cosas interesantes en su intuición o en su darse cuenta.

B.- ***Giros con partes del cuerpo***.

Giros con la cabeza, cuello, manos, brazos, nariz, lengua y pies.

En ocasiones será necesario explorar giros con estas partes del cuerpo. Como yo me guío fenomenológicamente en las sesiones, intuyo cuando es necesario esto. Ya lo que surja se verá o sentirá qué tan importante es para la terapia.

Quizá quieras experimentar sincronizando los giros en miradas y manos/dedos/pies/nariz.

C.- ***Giros en la pantalla mental.***

En tu pantalla mental, independientemente de si es negra o blanca ¿hacia dónde gira el conflicto, problema, creencia negativa o necesidad? Una vez localizada la dirección, haz que gire en dirección contraria.

¿el giro está acompañado de algún sonido, imagen, palabra, color, forma, marco, tamaño? Entonces puedes modificar estas características —submodalidades, diría la PNL— transformándolas en lo contrario.

Con los ojos cerrados ¿Hacia dónde gira tu creencia positiva? Sigue esa dirección para instalarla.

D.- ***Giros con objetos***.

Habrá ocasiones en que intuyamos adecuado valernos de objetos para hacer giros en una sesión de terapia. Quizá usemos un cuarzo u otra gema, un muñequito representativo, pelotitas, figuras de arteterapia, algún objeto de un fallecido, una fotografía, una imagen en teléfono celular, un libro o símbolo sagrado, una botella de alcohol, un alimento perjudicial para la salud; en fin, tantas alternativas que existen.

E.- ***Giros creativos***.

Giros en los ejes x, y, z. Es decir, giros en todas las dimensiones y zonas del espacio que se nos ocurran: suelo, cielo, pared, techo, en vertical, horizontal, diagonal, enfrente/atrás/a un lado de nuestro cuerpo, giros que se convierten en esferas, giros de colores, giros como portales energéticos; visualizar giros con varita mágica, timón de barco o volante de vehículo, etcétera.

F.- Giros en el taoísmo

Menciona Mantak Chía (2017) que en el taoísmo se recomienda al final de la sesión hacer giros color violeta a la altura de la frente en el *tercer ojo*, con la mano derecha, ojos cerrados, y también sincronizar giros así en la pantalla mental.

G.- Giros con mano del guerrero y rodillas bioenergéticas

Los giros con las manos deben de tener el pulgar pegado a la mano, además de las rodillas un poco flexionadas, según recomiendan Castaneda y Lowen, respectivamente (1998, 2010).

H.- Giros en espirales.

Las espirales son de tipo centrípeto (hacia dentro) y centrífugo (en fuga o hacia fuera) al lado pertinente que nos interese trabajar terapéuticamente.

En la terapia EMI de Danie Beaulieu (2003) se usan las espirales en la etapa para integrar y consolidar los avances conseguidos. El consultante mirará su campo visual y —con la cabeza quieta— girará sus ojos, primero en forma centrífuga unas cuantas veces y luego otras tantas en forma centrípeta.

Afirma Roger Callahan (2009), creador de TFT: *"También he descubierto que la aplicación de golpecitos en el punto gamma (ubicado entre los dedos meñique y anular) mientras se*

*mueven los ojos de determinadas maneras (abrirlos/cerrarlos; hacia abajo a la izquierda; hacia abajo a la derecha**; girarlos en sentido de las manecillas del reloj, girarlos en sentido contrario al reloj**; de abajo hacia arriba, y de arriba hacia abajo) puede contribuir a desmoronar una perturbación, reduciendo al mínimo o erradicando un problema psicológico de forma inmediata*". Dawson Church (2020) comenta que, en su propia experiencia con EFT es que la técnica *9 Gamas de Callahan* es esencial en casos de trauma infantil.

I.- Giros en las sensaciones-sentidas

Una vez ubicada una sensación-sentida "positiva" o "negativa" —la que descubrió Gendlin del Focusing— se puede usar la variante de hacer giros en esa zona corporal.

J.- Giros en cuadrantes

Una vez detectados el o los cuadrantes perturbadores o de recursos favorables, en estos se pueden aplicar giros de las diversas maneras señaladas. Para saber más de los cuadrantes terapéuticos hay que ir al Volumen 1 'Movimientos Oculares' de esta serie.

K.- Giros con respiración.

Usando cualquiera de las variantes anteriores, se puede agregar que el giro complete un ciclo de respiración.

Es decir, que al inicio del giro se inhale aire y al exhalar este se complete el giro elegido.

4.- Giros en grupos

Un Grupo terapéutico puede finalizar la sesión elaborando un ***Mandala*** que gire la espiral del centro hacia fuera (centrífugo) hacia la derecha (en el sentido del reloj).

Así pasó en una ocasión que facilité el proceso de uno de ellos.

El mandala puede contener: algo del tema trabajado,

dibujos, prendas, objetos, fotografías, cosas de la naturaleza: tierra, vegetación, agua, etcétera. Los objetos pueden ser los que se encuentren en ese lugar o lo que se les haya pedido que trajeran.

Otra manera en que puede finalizar una sesión grupal es hacer un círculo de personas, enlazados en las manos —mi mano izquierda recibe energía por encima la mano derecha del compañero que está a la izquierda y mi mano derecha transmite energía a la mano izquierda de mi compañero de la derecha—. Transmitiéndose esta energía que gira en el círculo grupal, como la quieran entender: amor, aprendizaje, química, unión de equipo, darse cuenta.

5.- Giros en casos terapéuticos

Como ya dije líneas arriba, los giros son un recurso en la terapia, no algo único, por lo que en los siguientes casos solamente señalo la parte o momento en que los usé como recurso, sin profundizar en otros recursos.

Para *instalar una creencia*, se recomienda hacer giros hacia la derecha (en masaje, digitopuntura, aguja, imposición de mano).

Para *desinstalar una creencia*, se recomienda hacer giros hacia la izquierda (en masaje, digitopuntura, aguja, imposición de mano).

*Caso Fernando:

Prepararse para un examen, deporte o visita familiar: hacer minutos de giros pertinentes en la pared o en puntos energéticos de su mano, horas antes del evento. Y durante el evento también, pudiendo incluir el baño.

*Caso Juan:

Coloca tu mano en la zona de la cabeza donde sientes la totalidad del problema, haz giros hacia la izquierda para

dispersar el dolor. Haz giros con los ojos en la zona de la pared donde ubicaste tu problema —giros en dirección contraria a la encontrada—. También haz giros en tu pantalla mental y con tu mano derecha.

**Caso Jeremy:*

Coloca tu mano izquierda en la zona que te duele y haz giros hacia la izquierda con tu mano derecha. Alternativa: agregar *brainspot* en la pared y hacer giros sincronizados a la izquierda con los ojos.

**Caso Raúl:*

"*No se mueve el problema*". Entonces dale movimiento hacia la izquierda y dime qué sientes.

**Caso Cirilo:*

"*Me he sentido estresado, siento que lo mente me da vueltas, hacia atrás, a lo que hice*". Entonces haz que tu mente gire hacia adelante, hacia tu presente y futuro.

**Caso Patricia:*

Dolor de cabeza: tócate con mano izquierda donde lo sientas. ¿En qué punto de la pared lo ubicas? ¿Hacia dónde está girando? Con tus ojos y con tu mano derecha haz giros contrarios. Luego, con los pies descalzos haz giros en la dirección para dispersar lo negativo.

**Caso Eduardo:*

Giros con los pies. Ubicó en pared su pasado, presente y futuro, trabajando algo de su pasado, algo de su presente y algo de su futuro.

**Caso Max:*

Para el dolor en dedo del pie que haga giros izquierdos en ese pie. Tocó ese dedo con su mano izquierda e hizo giros izquierdos con su mano derecha.

**Caso Eustaquio:*

La tristeza la localiza en su pecho, la trabaja con giros de sus ojos —en zona espacial al centro arriba de la pared— y con su mano derecha. Tiene por un rato un cubo de madera en su mano izquierda, luego un rato en su mano derecha y después en ambas manos. La fe se instala ubicándola él en la pared —centro arriba, coincidiendo con la frase 'me acepto y en su cuerpo la ubica en su corazón. En algunos momentos cierra sus ojos y hace los giros —coloreados de azul, según elige— en su pantalla mental. En otros momentos amplía los giros en la pared, sobre todo para que abarque todas las frases que hay pegadas ahí. También, recorre la periferia del diamante dibujado en la pared —para integrar—, llenándolo de un color azul relajante para él.

**Caso Yeny:*

Con los ojos cerrados tienes que aplicarte tapping en puntos energéticos, mientras que al mismo tiempo en tu pantalla mental haces giros con/sin la frase mental.

En esa fotografía con imposición de manos haz giros para dispersar lo negativo (sin tocar la foto).

Luego, dialoga en silencio con tu imagen de hace 4 años, también con la imagen de tu expareja y de tus hijos. ¿Cuál es el impacto perturbador de esa foto en este momento? Califícalo del 1 al 10.

**Sugerencia de Steve Andreas*

Si los ojos de un sujeto parpadeaban repetidamente al pasar por un lugar en particular, Steve Andreas recomendó que se trazaran pequeños círculos rítmicos sobre ese punto hasta que cesara el parpadeo, como si borraran algún problema (Deninger, 2021).

**Caso Horacio:*

Uso de giros en ventiladores: Agrega etiqueta de papel —con tus creencias negativas— a las aspas. Casi todos los

ventiladores giran por defecto hacia la derecha. Para cambiar el giro de las aspas —v que giren a la izquierda— se necesita que pongan la bobina al revés de como está.

Referencias

Andrade, Joaquin (2011). "De la energía a la neurociencia". Conferencia en el 6º Encuentro Internacional de Técnicas de Liberación Emocional: https://www.youtube.com/watch?v=neu6EZB0Td4

Barnosell, Francisco (2012). "Entre dos aguas. La experiencia de un médico con las terapias alternativas". España: Luciérnaga nova, pag. 184 a 186.

Beaulieu, Danie (2003). "Eye Movement Integration Therapy. The Clinical Comprehensive Guide, EMI". Crown House Publishing

Benítez Rodríguez, Gricel y Ramón Núñez, Hilda Marlene. "Métodos de manipulación en la medicina tradicional asiática". MEDISAN vol.18 no.5 Santiago de Cuba mayo 2014. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500013

Brennan, Barbara (2013). "Manos que curan". México: Martínez Roca.

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Castaneda, Carlos (1998). "Pases mágicos". Editorial Atlántida: España

Cerro Murciano y Cerro Gabarró (2017):

https://acupunturarenovada.wordpress.com/2017/12/20/lo-que-nunca-se-ha-explicado-de-la-acupuntura-8/

Chia, Mantak; and Hilton, Doug (2017). "EMDR and the Universal Healing Tao". Canada: Destiny Books

Church, Dawson (2017). "The EFT Manual". Fourth edition. USA: Energy Psychology Press www.EFTUniverse.com

Dahlke, Rüdiger Y Dethlefsen, Thorwald (2004). "La enfermedad como camino". Sudamericana: Argentina

Deninger, Mike (2021). Multichannel Eye Movement Integration. The brain science path to easy and effective PTSD treatment. Ed. Gracie: USA

Fléche, Christian (2016). "Sentir para sanar". Ediciones Puentes de Luz. Recuperado de kindle

Guerrero, Gabriel (2002) "Transformación profunda. Cambiando el mundo una persona a la vez ". Editorial Khaos, pp.82-83

Hanisch, Christian; Willimzig, Claudia; y LaCroix, Jacques (2020). "Emotionsync (R) y EMDR+: La revolución en el coaching y la psicoterapia". Editorial Bookas on Demand

Icardo del Campo, Manuel (2005) "El universo dextrógiro y levógiro", conferencia dictada en Madrid, España

Lowen, Alexander y Lowen, Leslie (2010). "Ejercicios de bioenergética". España: Nirvana

Staehle, Jacques (2008). "Tratado de Digitopuntura. Una energía que cura". España: Sirio

28.- PSICOLOGÍA ENERGÉTICA

Aunque aún no se enseña formalmente en las universidades, Ha habido expertos en el tema quienes han definido la psicología energética:

David **Feinstein** (2022a, 2022b): La psicología energética es un término general para los enfoques de tratamiento que incorporan un componente "energético" en el proceso psicoterapéutico, a menudo adaptado de sistemas espirituales y de curación tradicionales como el yoga y el qi gong. La estimulación somática de los puntos de acupuntura mediante tapping es la técnica más utilizada y mejor investigada dentro de la psicología energética. El enfoque ha sido utilizado por psicoterapeutas, así como por otros profesionales de la salud, equipos atléticos, entrenadores de rendimiento, consultores comerciales y trabajadores de socorro en casos de desastre. Los beneficios psicológicos demostrados en los más de 120 ensayos clínicos han incluido disminuciones estadísticamente significativas en la ansiedad, la depresión, las fobias, los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), el insomnio, el dolor, los antojos de alimentos y los bloqueos de rendimiento; además de brindar resultados con una velocidad inusual y tener durabilidad en el seguimiento.

Fred **Gallo** (2005): "*Psicología Energética, un término acuñado con la publicación de mi primer libro profesional en 1999, Psicología Energética: Exploración en la Interfaz de la Energía, Cognición, Comportamiento y Salud. Sin embargo, la idea había estado resonando durante algún tiempo antes de ese libro, implícita en el trabajo del Dr. Roger Callahan e insinuada en algunos de mis artículos y talleres en los Estados Unidos y Canadá a partir de 1993*".

Fred **Gallo** (2022): "*El tapping (también llamado tapping de energía o tapping de meridianos, entre otros nombres) es una técnica anidada dentro del campo de la psicología energética (EP) que implica tocar con los dedos en puntos de acupuntura específicos de su cuerpo, como debajo de los ojos o en los brazos, dedos y clavículas, para aliviar e incluso eliminar la angustia emocional asociada con varios problemas psicológicos, conductuales, interpersonales y físicos*".

Dawson **Church** (2017): EFT es parte de un grupo de terapias llamadas psicología energética, ya que se cree que afectan los campos electromagnéticos del cuerpo.

ACEP energypsych.org, 2022: La Psicología Energética (EP) es un enfoque mente-cuerpo. La próxima frontera de la investigación de EP implica explorar los mecanismos de acción de estas modalidades e investigar los cambios fisiológicos concurrentes utilizando herramientas como qEEG y fMRI y PET, y documentar los cambios en los niveles de cortisol, la expresión génica y la función inmunológica, hasta la fecha, la investigación ha demostrado que estos cambios son positivos.

La llamada Psicología Energética se fundamenta inicialmente en la Acupuntura China y los Chakras hindúes, principalmente, es decir, la actuación en un supuesto campo energético del ser humano. Desde hace aproximadamente 5000 años los chinos dicen que existen meridianos o líneas energéticas que marcan nuestro ser, siendo un conjunto de canales por los cuales corre la energía conocida como "Chi" (lo que otras creencias llaman "éter", "matriz", "Dios", "Universo", "orgón", "Ki", "luz", etcétera). Los hindúes afirman que tenemos vórtices o ruedas energéticas (chakras) en lugares específicos de nuestro cuerpo energético. Ambas posturas defienden que el cuerpo energético es más profundo, sutil y determinante para el origen de las enfermedades físicas y los transtornos emocionales.

Desde hace más de 40 años, se está conformando un nuevo paradigma llamado Psicología Energética (Energyc Psychology) o Tapping, desde la primera década del 2000 en que cobró fuerza por las investigaciones favorables publicadas.

Este paradigma agrupa varias técnicas, unas más conocidas que otras, unas más estudiadas que las demás.

Han proliferado hasta alcanzar la treintena de técnicas diferentes que son englobadas en este epígrafe creado por Fred Gallo, del Centro Médico de la Universidad de Pittsburgh (Church, 2009). La aparición, en 2009, de la revista Energy Psychology Journal supone la incursión definitiva de este tipo de técnicas en el mundo científico. La Psicología Energética se ha demostrado como un complemento muy eficaz en diversos contextos terapéuticos. Es usada por terapeutas de diferentes modelos. En la actualidad, las técnicas de Psicología Energética son utilizadas por psicoterapeutas de diferentes orientaciones (Lane, 2009)».

La Tought Field Therapy (Terapia del Campo de Pensamiento, TFT) es una terapia creada por Roger Callahan a principios de la década de 1980, después de que experimentara con la kinesiolgía aplicada y creara algoritmos que contienen secuencias de acupuntos para tratar diferentes transtornos psicológicos. TFT puede ser considerada como la madre de todas las psicoterapias basadas en los meridianos energéticos que han surgido a partir de ella.

La Emotional Freedom Techniques (Técnicas de Liberación Emocional, EFT) es un conjunto de técnicas desarrollados a principios de 1990 por Gary Craig, un Ingeniero de la Universidad de Stanford, quien tuvo la brillante idea de agrupar los 14 acupuntos usados por Roger Callahan, pero sin usar el test de verificación muscular usado por este. A su técnica, Craig le agregó una frase (creencia) a trabajar psicológicamente. EFT es un método basado en la evidencia, validado en más de 100 ensayos clínicos, que utiliza el golpeteo de los dedos en los puntos de acupresión junto con técnicas de exposición y terapia cognitiva.

La señora Tapas Fleming, con Licencia de Acupunturista in California, desarrolló Tapas Acupressure Technique (TAT) en 1993. Así que aquí no hay tapaderas, tampoco agujas, porque se utilizan las manos y parte de la cabeza y del rostro. TAT es una técnica auto-aplicable de medicina energética basada en la Medicina Tradicional China. Es una técnica prima-hermana del EFT. TAT es un proceso fácil para terminar con el estrés

traumático, reducir las reacciones alérgicas y liberarte de creencias negativas.

En la pose de TAT, tocando estos puntos en la parte posterior de la cabeza y la frente cerca de los ojos, se activan los centros de la visión del cerebro.

Posteriormente, han surgido multitud de técnicas, aunque con poco o nulo soporte de investigación científica, solamente basadas en testimonios o estudios con escaso control de las variables: Faster EFT; Touch and Breathe; MET; Emotrance; Matrix Reimprinting; Psych-K; Access Bars; Tellington T Touch; Havening; VCT de Bowen; EDxTM; BSFF; TREE; Zpoint; y decenas más (ver mi libro "*Técnicas Energéticas y de Integración Cerebral*").

Una excepción a lo dicho es la técnica AMSB —Activación Multi Sensorial Breve— de Joaquin Andrade, la cual tiene investigación neurocientífica en varios países en la primera década del actual siglo XXI.

Investigaciones sobre la Psicología Energética

Algunos suelen decir; «no hay evidencia seria de esa terapia (Psicología Energética), no es reconocida por la Ciencia». Ya no es válido ni responsable seguir desacreditando estos tratamientos con argumentos o investigaciones de décadas pasadas. A veces, hay discusiones de «ciegos», de profesionales o legos que no han leído completas (o ni conocen) las investigaciones a favor o en contra de tal tratamiento. Hay que remitirse a las investigaciones y a los meta-análisis, sobre todo de los años más actuales. Las cosas han cambiado, las investigaciones han aumentado, los resultados le están dando la razón a algunos de estos tratamientos, aunque aun parcialmente, y en algunas áreas; porque se puede tener la idea equivocada de que cierto tratamiento (con evidencia estudiada) sirve para cualquier cosa, cuando no es así.

Dentro de ese abanico de tratamientos/terapias/técnicas de la Psicología Energética, las que han sido más estudiadas son el EFT, TFT y TAT. Y la que muestra mayor evidencia, hasta la

fecha, incluso en estudios aleatorizados controlados, es EFT. En menor medida, el TFT empieza a despuntar en los estudios. Una de las bases de estos tratamientos (La Acupuntura), ha sido metaanalizada en sus investigaciones, resultando favorable la mayoría de las veces.

Por ejemplo, la Psicología Energética (que incluye a EFT, TAT y TFT) propugna una energía que ocasiona bloqueos y que circula en el cuerpo humano y que puede incidirse en ella a través de los acupuntos. Dicha energía aún no ha podido ser definida completamente. Se tienen avances en los efectos de los acupuntos, se sabe que en los acupuntos hay una alta densidad de mecano receptores, y se ha usado tecnología cerebral contemporánea para saber los efectos de los acupuntos, con resultados prometedores. Sin embargo, aún no hay un consenso del mecanismo exacto.

Dicen Fang et al. (2009): «*Los estudios en humanos y animales sugieren que la acupuntura produce muchos efectos beneficiosos a través del sistema nervioso central. Sin embargo, los sustratos neurales de las acciones de acupuntura no están completamente claros hasta la fecha*».

Metanálisis de EFT para depresión, TEPT y evaluaciones fisiológicas

Se analizaron 20 estudios (Nelms & Castel, 2016); y el simple hecho de tener 20 estudios de depresión para agruparlos en un metanálisis es una medida de cuánta investigación se esconde detrás de EFT clínico. Utilizando la misma escala, identificaron una d de Cohen de 1,31.

Un tercer equipo de investigación realizó un metanálisis de EFT para el TEPT —Transtorno de Estrés Postraumático— (Sebastian & Nelms, 2017). Reunió los resultados de 7 ECA que evaluaron grupos tan diferentes como mujeres congoleñas que habían sido objeto de violencia sexual, veteranos y pacientes hospitalizados. Los participantes recibieron entre 4 y 10 sesiones de EFT, algunas en grupo y otras como psicoterapia individual. Midió una d de Cohen de 2,96 entre el comienzo y el final del tratamiento con EFT, un efecto de tratamiento verdaderamente masivo.

Un metanálisis anterior de EFT, realizado antes de que la mayoría de los estudios posteriores estuvieran disponibles, cuestionó si los efectos del tratamiento con EFT se debían a su componente de tapping o a la exposición y las técnicas cognitivas que comparte con otras terapias (Gilomen & Lee, 2015). Esta era una pregunta intrigante y, para responderla, Church realizó un nuevo metanálisis (Church, Stapleton, Feinstein, Gallo y Yang, 2016). Encontró 6 estudios que aislaron el componente de acupresión de EFT. Todos usaron las partes cognitivas y de exposición del método, pero sustituyeron controles como respiración profunda o acupresión simulada por tapping en uno de los dos grupos. El otro grupo hizo tapping en los puntos descritos en este manual. Se encontró una diferencia de tratamiento significativa entre la acupresión y los controles. Medimos d de Cohen en 0.47, o sea, un efecto moderado.

Finalmente, Dawson Church quería cuantificar los efectos de EFT en el cuerpo físico, así que realizó un metanálisis de cada estudio que incluyera una evaluación fisiológica medida (Church, Stapleton y Nelms, 2017). Los factores biológicos incluyeron cortisol, expresión génica, ondas cerebrales, dolor, frecuencia cardíaca, TBI y "somatización", un término técnico para el malestar físico que no se puede vincular con una enfermedad específica. Los estudios incluyeron personas con fibromialgia, psoriasis, hombro congelado, dolor y una variedad de síntomas de salud mental. Este metanálisis nuevamente encontró que EFT produjo grandes efectos de tratamiento incluso cuando se consideró puramente como un remedio físico.

La científica australiana Peta Stapleton considera que la terapia cognitiva o la terapia cognitiva conductual (ya que se basa en la terapia conductual) surgió como otra “tercera ola”, y ahora se ha convertido en la fuerza dominante en psicoterapia.

La aparición de psicoterapias breves que incluyen un componente somático ahora se considera la cuarta ola de la psicoterapia. Por ejemplo, la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) se reconoce como una tratamiento empíricamente validado para el trauma, la ansiedad y la depresión.1Considero que EFT es la psicoterapia de cuarta ola más prometedora que he investigado.

Según Van der Kolk, dar sentido a una experiencia traumática no suele ser suficiente para procesarla. La gente necesita tener experiencias que directamente contradigan los estados traumáticos de impotencia emocional y parálisis física. Necesitan volver a experimentar el evento sin sentirse impotentes, y eso es exactamente lo que hace EFT.

Es parte de un grupo de terapias más nuevas orientadas al cuerpo (otra es la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, o EMDR, por sus siglas en inglés) que buscan desensibilizar a los clientes sin requerir que se involucren por completo en una revivencia verbal de la experiencia traumática. Y los resultados son notables. Estas terapias somáticas están produciendo beneficios que las terapias tradicionales orientadas a la introspección no producen. Si bien EFT hace que alguien se concentre en la angustia (incluso si se trata de una sensación corporal o un pensamiento), es el aspecto somático del tapping el que crea la disminución de la actividad de la amígdala y el cortisol, lo que resulta en calma. Este mismo estado de calma es un estado contradictorio con el de angustia o trauma.

Bach D., Groesbeck G., Stapleton P., Sims R., Blickheuser K., y Church D. (2019) han investigado y documentado mejoras fisiológicas en la función endocrina, cardiovascular e inmunológica, que incluyen niveles reducidos de cortisol, frecuencia cardíaca en reposo reducida, presión arterial sistólica y diastólica reducida y aumentos en la inmunoglobulina A.

La evidencia acumulada de eficacia, así como los avances en la ciencia del cerebro, sugieren que complementar la práctica clínica convencional con protocolos de tapping en puntos de acupuntura podría ser muy beneficioso. En la medida en que esta conclusión sea consistente con los datos existentes y emergentes, se pueden tomar medidas para implementar tal avance clínico, incluyendo (a) difundir informes de su eficacia a la comunidad de tratamiento, (b) desarrollar la competencia en su aplicación a través de la capacitación y educación continua de psicoterapeutas, y (c) formulación de pautas de práctica que aseguren que el enfoque estará disponible para los pacientes en las instalaciones de atención primaria.

Estado actual de la psicología energética

Si bien la psicología energética como campo aún es relativamente joven, su base de evidencia continúa creciendo tanto en cantidad como en calidad.

Los resultados de las investigaciones en Psicología Energética se han publicado en más de 15 revistas diferentes revisadas por pares, incluidas la *Journal of Clinical Psychology*, la *Journal of Nervous and Mental Disease* y las revistas *APA Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, *Training and Review of General Psychology*. Si bien persisten dudas sobre el mecanismo (específicamente cómo funcionan estas técnicas), un conjunto de investigaciones sólido y creciente continúa documentando su efectividad (ACEP, 2023).

NREPP, el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia en los EE. UU., Una división de SAMHSA (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental) ha revisado en 2016 la investigación sobre TFT (Thought Field Therapy, la modalidad EP original), y la encontró ser eficaz para tratar los síntomas del estrés postraumático, así como Autorregulación y Resiliencia Personal/Autoconcepto. De acuerdo con el NREPP, la TFT puede considerarse una terapia eficaz, lo que ameritaría más estudios. Este fue de hecho un hito en el campo de la psicología energética y las técnicas de tapping.

Los hallazgos de 2012 (ver artículo de Feinstein), corroborados por la decisión de la APA, agregan el tapping de los puntos de acupuntura a la meditación de atención plena o

Mindfulness (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006) y estimulación bilateral (Benish, Imel y Wampold, 2008) como tratamientos no convencionales basados en evidencia, cuyos mecanismos de acción son aún poco claros y controvertidos, pero cuya eficacia parece digna de atención por parte de profesionales en ejercicio.

Para más información e investigaciones de Psicología Energética ver el capítulo de este libro llamado “Terapias de

movimientos energéticos basadas en evidencia controvertida".

Breviario de casos y variantes

A.- El primer estudio de EFT publicado en una revista revisada por pares, y su réplica.

Fue realizado por un equipo de investigación dirigido por Steve Wells, un psicoterapeuta australiano (Wells, Polglase, Andrews, Carrington y Baker, 2003). Fue un ensayo controlado aleatorio (ECA) de personas con fobias. Los ECA se consideran el estándar de oro de la investigación porque, al asignar a los participantes al azar en dos o más grupos, controlan todos los factores que pueden sesgar los resultados de un estudio o proporcionar resultados engañosos.

El estudio de Wells fue posteriormente replicado por el profesor de psicología Dr. Harvey Baker de la Universidad de Queens en Nueva York, y su colega Linda Siegel, quienes introdujeron un rigor adicional en las mediciones al evaluar el grado de expectativa que tenían los participantes de que el tratamiento los ayudaría (Baker & Sigel, 2010). Ambos grupos en el estudio de Baker y Siegel tenían el mismo grado de expectativa, por lo que los resultados del estudio de Wells no podían explicarse por el efecto placebo. En el estudio de Wells replicado por Maria Salas, Jack Rowe, PhD y Audrey Brooks, PhD, de la Universidad de Arizona en Tucson (Salas, Brooks y Rowe, 2011), también se evaluaron otras fobias, como el miedo a las alturas, lo que demuestra que los efectos de EFT para reducir las fobias no se limitan solo al miedo a las pequeñas criaturas vivientes.

Si bien los estudios son importantes, las réplicas lo son igualmente. Hasta que un equipo de investigación independiente hubiera confirmado los hallazgos del primer estudio, siempre existiría la posibilidad de error. Esto es por lo que los estándares de la APA requieren dos estudios ECA —RCT en sus siglas en inglés, *Randomized Controlled Trial*—. La réplica de Salas, Brooks y Rowe (2011) impulsó entonces a que la APA aprobara el otorgamiento de créditos de educación continua para que los psicólogos estudien tapping, lo cual se señaló en el punto anterior.

B.- Preparación antes de facilitar una técnica energética

De acuerdo a mi experiencia, sugiero lo siguiente:

1.- Intencionar las posibilidades de la sesión. Solicitar ayuda espiritual de los que consideremos nuestros guías espirituales (familiares, religiosos, de otro tipo o a nuestra propia Alma)

2.- Frotar nuestras manos antes de recibir al consultante, para generar piezoelectricidad en nuestras manos.

3.- Relajar cuerpo y mente.

4.- Preparar el contexto del lugar de la sesión, en cuanto a que exista seguridad, calma y material.

Referencias

ACEP (Association for Comprehensive Energy Psychology). The State of Energy Psychology Research. The Association for Comprehensive Energy Psychology. United States of America: https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7

ACEP. Historia de la Psicología Energética: https://energypsychologyjournal.org/abstracts/abstracts-volume-10-number-1-may-2018/looking-back-energy-psychology-2018-early-pioneers-perspective/

ACEP. Estudios de investigación sobre Psicología Energética (actualizado a agosto 2023): https://irp.cdn-website.com/d7d8897f/files/uploaded/EP%20Hierarchy%20of%20Evidence%20-%20August%202023.pdf

Bach D, Groesbeck G, Stapleton P, Sims R, Blickheuser K, Church D. Clinical eft (emotional freedom techniques) improves multiple physiological markers of health. J Evid Based Integr Med. 2019;24:25. https://doi.org/10.1177/2515690X18823691

Church, Dawson (2017). "The EFT Manual". Fourth edition. USA: Energy Psychology Press www.EFTUniverse.com

Church, D., Stapleton, P., Kip, K.; & Gallo, F. (2020) Corrigendum to: Is Tapping on Acupuncture Points an Active Ingredient in Emotional Freedom Techniques: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. Doi: https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001222

Eden, Donna; Feinstein, David y Craig, Gary (2005). "The Promise Of Energy Psychology. Revolutionary tolos for dramatic personal change". Penguin Group Eldridge, Niles (2004). Why We Do It (New York: Norton), p. 15.

Fang J, Jin Z, Wang Y, Li K, Kong J, Nixon EE, Zeng Y, Ren Y, Tong H, Wang Y, Wang P, Hui KK. The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: limbic-paralimbic-neocortical network modulation. Hum Brain Mapp. 2009 Apr;30(4):1196-206. doi: 10.1002/hbm.20583.

Feinstein D (2022) Uses of Energy Psychology Following Catastrophic Events. Front. Psychol. 13:856209. doi: 10.3389/fpsyg.2022.856209

Feinstein D. The Energy of Energy Psychology. OBM Integrative and Complementary Medicine 2022;7(2):28; doi:10.21926/obm.icm.2202015

Feinstein, David (2012). Apa Updates Its Position on Energy Psychology. Texto completo en inglés: https://pdfs.semanticscholar.org/2c61/ec75e649f0422fb811eae815c66f72c293ee.pdf

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Gallo, Fred P. (2022). The Tapping Toolbox: Simple Body-Based Techniques to Relieve Stress, Anxiety, Depression, Trauma, Pain, and More. PESI Publishing, Inc.

Gilomen, Sandro & Lee, Christopher. (2015). The efficacy of acupoint stimulation in the treatment of psychological distress: A meta-analysis. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 48. 140-148. 10.1016/j.jbtep.2015.03.012.

Gin RH, Green BN. George Goodheart, Jr., D.C., and a history of applied kinesiology. J Manipulative Physiol Ther. 1997 Jun;20(5):331-7.

Goodheart GJ Jr. and Cuthbert SC. On the reliability and validity of manual muscle testing: a literature review. Chiropr Osteopat. 2007 Mar 6;15:4. doi: 10.1186/1746-1340-15-4.

Gunilla, Hamne y Sandström, Ulf (2021). "Trauma Tapping Technique. A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery". 2ª edition revised. Ed. Peaceful heart publishing: **https://peacefulheart.se/wp-content/uploads/2021/02/Trauma-Tapping-Technique-Review-Copy-2021-.pdf**

Martínez Bernal, Juan Carlos. Técnicas Energéticas y de Integración Cerebral. Segunda edición. México, enero de 2020. Publicación independiente.

Nelms, J., & Castel, D. (2016). A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized and Non-Randomized Trials of Emotional Freedom Techniques (EFT) for the Treatment of Depression. Explore: The Journal of Science and Healing, 12, 416-426.https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.08.001

Ortner, Nick (2014). "La solución tapping". México: Random House Mondadori

Salas MM, Brooks AJ, Rowe JE. The immediate effect of a brief energy psychology intervention (Emotional Freedom Techniques) on specific phobias: a pilot study. Explore (NY). 2011 May-Jun;7(3):155-61. doi: 10.1016/j.explore.2011.02.005.

Sebastian, B., & Nelms, J.A. (2017). The Effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *The Journal of Science and Healing, 13*, 16–25.

Serlin, I. (2005). Energy Psychology: An Emerging Form of Integrative Psychology. PsycCRITIQUES, 50(9). https://doi.org/10.1037/040686

Stapleton, Peta, Ph.D. (2019). "The Science behind Tapping. A proven stress management technique for the mind & body". Hay House, Inc.: USA

Tapas Fleming (1993, 1999). You Can Heal Now: Tapas Acupressure Technique (TAT). Tat Intl; Revised edición

TFT en registros de NREPP (2016): https://www.tfttraumarelief.org/2016/02/

Thie, John (1973). Touch for Health. DeVorss

Van der Kolk, Bessel (2020). El cuerpo lleva la cuenta. España: Eleftheria

Wells S.; Polglase, K.; Andrews, H.; Carrington, P.; y Baker, H. (2003). Evaluation of a meridian-based intervention, Emotional Freedom Techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. J Clin Psychol . 2003 Sep;59(9):943-66. DOI: 10.1002/jclp.10189

29.- SENSACIÓN-SENTIDA DE GENDLIN

Eugene Gendlin creó el Focusing, traducido como Focalización corporal —o Enfoque Corporal— como consciencia interior de sensaciones sentidas. Focusing es una forma de *atención corporal interior*.

Focusing es un proceso en el que estableces contacto con una clase especial de conocimiento consciente, interno y corporal. Gendlin acuñó el término "sensación-sentida" ("felt-sense") a este darse cuenta.

Hay que distinguir y diferenciar el Focusing de las emociones, imaginaciones, hipnosis, ansiedad, meditación y estados alterados de consciencia.

Existen diferentes enfoques y técnicas terapéuticas con sus respectivas vías de entrada para desarrollar cambios experienciales que serán detectados como una sensación-sentida. ***Las vías de entrada pueden ser brainspots, emociones, recuerdos, sueños, creencias, interacciones sistémicas, afirmaciones, tapping, estimulaciones bilaterales, traumas, etcétera.***

La sensación-sentida *forma, concretiza y somatiza una experiencia problemática o benévola*. Es la conciencia corporal —no mental ni emocional— de una situación, persona o suceso. Es un todo complejo experimentado internamente en el cuerpo. *Es la sensación total vivenciada por ti.* La sensación-sentida no se comunica a sí misma con palabras, por eso no es fácil descubrirla en palabras. Al principio es algo global y complejo que tenemos que procesar, delimitar y concretizar. Y esta sensación interna y puntual en un espacio interior puede estar vinculada a uno o más de los siguientes elementos: una imagen mental, sensación corporal, una necesidad, un pensamiento, una

intuición, una cualidad o una especie de aura, así como a un *brainspot* externo.

Afirma Gendlin (1982), que la sensación sentida está en la capa del inconsciente más cercano a la superficie Consciente, aunque entre la superficie y esa capa señalada se tiene al pre-consciente.

Las sensaciones-sentidas son efímeras, extrañas, irracionales, al principio son confusas y vagas, surgen y desaparecen; y suelen aparecer mayormente en el tórax: pecho, vísceras y abdomen, pueden cambiar de características y moverse en el espacio corporal, hasta desaparecer.

Una sensación-sentida es algo que no reconoces al principio -es vaga y poco clara-; se percibe como llena de sentido, pero sin que conozcamos aún ese sentido. Es una sensación corporal que lleva implícito un determinado significado.

En su experiencia, Gendlin menciona que hay un momento durante el cual no surge nada específico desde la sensación-sentida. El consultante no descubre instantáneamente la respuesta. Este incómodo lapso de tiempo se prolonga durante 1 o 2 minutos antes de que ocurra algo que vaya definiendo o asomando el significado de la sensación-sentida.

Una vez descubierta la sensación-sentida, mediante los pasos de la técnica del Focusing, puede enfocarse y también cambiar, hasta encontrar ese núcleo de la sensación-sentida ya definida. La razón y el pensamiento vienen *después* de haberse formado la sensación-sentida.

El *cambio en la sensación-sentida* es esencialmente idéntico al insigth liberador del proceso creador en la creatividad, así lo compara Gendlin, comparando que la persona espontáneamente creadora ha aprendido a prestar atención a impresiones primeramente vagas que se desdoblan en nuevos significados.

La regla más importante que un terapeuta o amigo tiene que guardar al ayudar a alguien a enfocar la sensación-sentida, es

el mantenerse fuera del camino del ejercitante del Enfoque, o sea, en vez de estorbarle hay que facilitarle y acompañarlo en el camino no enjuiciando ni conjeturando.

La meta es que la sensación-sentida de una situación se movilice y cambie para tu beneficio, Para que tú cambies en tu cuerpo y en tu vida. El *cambio-sentido* o experiencial puede medirse a través de la Escala Experiencial de Gendlin o mediante las escalas subjetivas SUD y VoC. Gendlin dice que el cambio-sentido suele venir acompañado de un alivio físico o liberación de energía, que puede manifestarse como un reflejo en suspiros, lágrimas, sentir que ya no se carga algo pesado, etcétera.

La sensación-sentida es un recurso importante como uno de los primeros auxilios psicológicos cuando una persona se bloquea o no avanza en un proceso terapéutico.

Peter Levine enfocó sus esfuerzos terapéuticos en los momentos en que se codifica un evento traumatizante y utiliza una metáfora de escape para describir su teoría. Es de interés aquí porque reconoce que encontrar un escape es fundamental para la resolución de un evento traumatizado. Según Levine, "*Los síntomas traumáticos no son causados por el evento desencadenante en sí. Provienen del residuo congelado de energía que no se ha resuelto ni descargado; este residuo permanece atrapado en el sistema nervioso donde puede causar estragos en nuestro cuerpo y espíritu. Ocurre porque no podemos completar el proceso de entrar, atravesar y salir del estado de 'inmovilidad' o congelación*". ¿Cómo se escapa uno de este estado? Levine dice que esto es posible por acceder a la "***sensación sentida***", lo que está almacenado en el sistema de memoria procedimental. Esta sensación sentida es la intuición, el conocimiento sin conocimiento, la experiencia de lo correcto o incorrecto; es información somatosensorial sin interpretación. Son los aspectos físicos de la emoción sin cognición. La misma vía que es activada por la generación cognitiva de emociones también se activa y experimenta como una sensación sentida.

El primer paso en la experiencia somática es recuperar el aspecto emocional del evento. El siguiente paso es completar un escape que libere la energía no descargada. En su historia fundamental, Levine anima al paciente a correr cuando surge el

miedo. Esto completa el escape, se ha producido una descarga por congelación, aunque en la imaginación del cliente, y la persona está curada. Su historia de descubrimiento es maravillosamente instructivo8.

El Focusing (1978) es un método experiencial, que forma parte de la Terapia Experiencial, enfocado principalmente en un proceso de atención como acto interior, para conectarse con la sensación-sentida, que Gendlin ubica en una capa intermedia entre el inconsciente y el preconsciente. Esto permitirá una conexión no solo a mensajes del cuerpo, sino también a la consciencia respecto a problemas o conflictos que se estén trabajando con este método. A partir de esa sensación sentida habrá luego respuestas, mensajes, alternativas, nuevas ideas, imágenes, intuiciones.

Menciona Sandra Muñoz —estudiosa del Focusing—: "*El proceso de Focusing se trata, primeramente, de prestarle atención a una "sensación holística implícita" que nos proporciona información acerca de la manera en que el cuerpo siente y registra cada una de las experiencias de la vida. Este proceso hace posible que esta sensación se devele en un espacio no crítico, no intrusivo ni interpretativo, sino básicamente compasivo. La práctica de Focusing posibilita un darse cuenta en el que se fusionan un saber intelectual y corporal*".

Respecto a la Sensación Sentida —*Felt Sense*— dice Carlos Alemany que: "Lo que realmente pretende designar este término ('Felt Sense'') es en definitiva una integración de componentes fisiológicos (sensación real localizada en alguna parte del cuerpo), afectivos (tonalidad, sentimiento), y filosóficos (contiene el significado implícito de nuestras acciones, pero sin desplegarse todavía)."

Afirma Luis Robles: "La mayoría de las veces que acompaño a personas en un encuentro terapéutico su significado corporalmente sentido se manifiesta al centro e interior de su cuerpo (pecho, abdomen o garganta), y las veces en que éste se hace presente en sensaciones corporales periféricas (cabeza, hombros, piernas, brazos, etc.) son las menos. Por otro lado, cuando el significado sentido se sitúa en

una sensación corporal periférica, generalmente, la atención del focalizador no permanece mucho tiempo sobre ella, porque habitualmente la experiencia vuelve a asentarse en medio del cuerpo".

La sensación sentida, ha sido utilizada como complemento —además de la Experiencia Somática. Peter Levine— en los enfoques de Brainspotting de David Grand y Terapia Centrada en la persona de Rogers. Por otra parte, aunque no mencionan directamente el uso de la sensación sentida, de manera indirecta se valen de ella —parcialmente— en los siguientes enfoques: EMDR (Fase 6); Terapia Gestalt; Sistemas de Familia Interna IFS; Mindfulness; PNL; Meditación; y algunas terapias corporales.

De acuerdo a Gendlin (1982), fundador del Focusing, los pasos de este enfoque, en forma breve, son los siguientes:

1. DESPEJAR UN ESPACIO

¿Cómo estás? ¿Qué hay entre ti y el sentirte bien?

No respondas: Mantente a distancia de cualquier problema.

Deja que tu cuerpo responda. No profundices en nada.

Simplemente da la bienvenida a cada cosa que venga. Y coloca cada una de estas cosas a un lado, cerca de ti, por un momento.

Excepto por esto, ¿te sientes bien?

Lo que yo agrego:

Búscate un sitio donde puedas realizar este ejercicio de la manera más concentrada, dentro de lo posible. Relájate.

Prestarás atención hacia adentro en tu cuerpo. Aplica atención plena en todos los pasos de este enfoque. No analizar ni juzgar.

FORMAR LA SENSACIÓN-SENTIDA

Escoge un problema para ser enfocado.

No te metas dentro del problema, no entres en ese asunto.

¿Qué sensación tienes en tu cuerpo cuando recuerdas la totalidad de ese problema?

Siente el "todo eso", la sensación de la totalidad del asunto, ese incómodo disconfort o la no clara sensación del mismo.

Lo que yo agrego:

¿Dónde en tu cuerpo ubicas esa sensación-sentida?

2. LOGRAR UN ASIDERO (etiquetas provisionales)

¿Cuál es la cualidad de esa sensación-sentida?

¿Qué palabra única, frase o imagen proviene de esa sensación-sentida?

¿Qué palabra-cualidad se ajustaría mejor?

Lo que yo agrego:

¿Cuál es el tamaño, color, forma, consistencia o estado, peso y ubicación corporal de esa sensación-sentida? ¿La sensación-sentida la sientes en la superficie de la piel o dentro del cuerpo?

En una escala SUD de perturbación, de 0 hasta 10, donde cero es ausencia de perturbación, y 10 es la máxima perturbación ¿Cuál es tu nivel de perturbación en este momento inicial?

3. RESONAR

Permanece un tiempo yendo y viniendo entre la palabra (o la imagen) y la sensación-sentida. Compruébalo: ¿Es esto correcto?

Si se ajusta, la palabra con la sensación, permítete la experiencia de ajustarlas de nuevo diversas veces. Si la sensación-sentida cambia, síguela con tu atención.

Cuando logres un perfecto emparejamiento, cuando has logrado que las palabras (o imágenes) son justo las correctas para esa sensación o sentimiento, permítete a ti mismo el sentir eso por un minuto o así. Para el ejercitante, un paso es una sensación física determinada de algo cambiando o moviéndose interiormente, un lugar apretado que se afloja o un suspiro.

4. PREGUNTAR

¿Qué es esto que, acerca de la globalidad del problema, me hace a mí tan...?

Cuando te bloquees, hazte estas preguntas: ¿Qué es lo peor de esta sensación/sentimiento? ¿Qué es lo realmente tan malo acerca de esto? ¿Qué necesita? ¿Qué debería suceder?

No respondas: espera que la sensación se mueva y te dé una respuesta.

¿Cómo se sentiría si todo estuviera bien? Deja que el cuerpo sea quien te responda.

¿Qué se interpone en el camino de eso?

5. RECIBIR

Da la bienvenida a lo que venga. Alégrate de que te hable.

Solamente es un paso en este problema, no el último.

Ahora que sabes dónde está, puedes dejarlo y volver a ello más tarde.

Protégelo de voces críticas que te interrumpan.

¿Desea tu cuerpo comenzar otra serie de enfoque corporal o por el contrario es este un buen sitio para parar?

Lo que yo agrego:

En una escala SUD de perturbación, de O hasta 10, donde cero es ausencia de perturbación, y 10 es la máxima perturbación ¿Cuál es tu nivel de perturbación en este momento final?

Preguntarse ¿Es necesario repetir los pasos de Focusing otra vez?

Breviario de casos y variantes

A.- Body scan.

El eco o escaneo corporal (*Body scan*) es una variante de usar la sensación-sentida como uno de los parámetros para evaluar el éxito total o parcial de la intervención EMDR y en CW. El escaneo corporal es desde la cabeza hasta los pies, revisando cada zona en busca de alguna resonancia de sensación incómoda que falte para procesarla.

B.- Sueño proyectivo:

¿En qué parte de tu cuerpo sientes ese sueño? Sensación-sentida

¿Qué elementos de ese sueño te llaman la atención? Dialoga con ellos y pregúntales qué mensajes quieren proporcionarte.

Ir evaluando la evolución de lo que siente y piensa respecto a ese sueño, así como de lo que va proyectando y cómo lo asocia con su vida.

C. - EFT + Focusing

Tocarse con la mano izquierda en donde se sienta la sensación-sentida. Y con la mano derecha aplicarse el tapping EFT.

D.- Usar el Mindfulness

Atención plena en escuchar la respiración, sentir las manos en las piernas, sentir las manos cruzadas en el pecho, sentir el tapping en algún acupunto estimulado, sentir la mano izquierda cuando se coloca en el ombligo mientras se respira, sentir lo que los pies están pisando, sentir cómo se está sentado…***y esperar la sensación-sentida***.

Referencias

Alemany, Carlos, editor (2007). “Manual práctico del Focusing de Gendlin”. España: Desclée de Brouwer

Gendlin, Eugene (1999). “El Focusing en psicoterapia. Manual del método experiencial“. Paidós Ibérica: España

Gendlin, Eugene (1982). “Focusing. Proceso y técnica del enfoque corporal”.

Grand, David (2014). “Brainspotting”. España: Sirio

Levine, Peter (2013). ”Sanar el trauma. Un Programa pionero para restaurar la sabiduría del cuerpo”. Editorial Neo Person

Muñoz, Sandra. Taller de Mindfulness y Focusing. Recuperado de:

https://www.institutomindfulness.cl/taller-mindfulness-y-focusing/

Robles Campos, Luis (2007). “Sensaciones sentidas periféricas. Ampliando la noción de las sensaciones con sentido”. Focusing Trainer acreditado por The Focusing Institute, New York- USA. Recuperado de:

http://focusingexperiencial.blogspot.com/2007/02/sensaciones-sentidas-perifricas.html

30.- REFLEJOS NEUROVASCULARES Y NEUROLINFÁTICOS

Mientras intentaba tratar al niño con asma con la técnica craneal del Dr. James Alberts, Goodheart (1987) inadvertidamente estimuló los ***reflejos neurovasculares*** en las suturas —junturas— del cráneo. Un toque ligero y extendido con las yemas de los dedos sobre estos receptores activó un sistema circulatorio primitivo relacionado con el lecho capilar en el cuero cabelludo. Esto, a su vez, dio como resultado una mejor circulación en los músculos asociados. Y estimular el reflejo neurovascular es como ajustar un termostato, que mejora la circulación de los músculos y promueve la excreción de ácido láctico y otros productos de desecho que pueden acumularse en los músculos como resultado de la contracción mecánica.

Luego, Goodheart intentó ajustar el proceso mastoideo mientras el paciente respiraba de acuerdo con instrucciones específicas. *Él empujó hacia adelante la mastoides cuando ella inhaló profundamente y empujó hacia atrás mientras exhalaba*. En unos momentos, la paciente indicó que su dolor de cabeza previamente intratable se había aliviado.

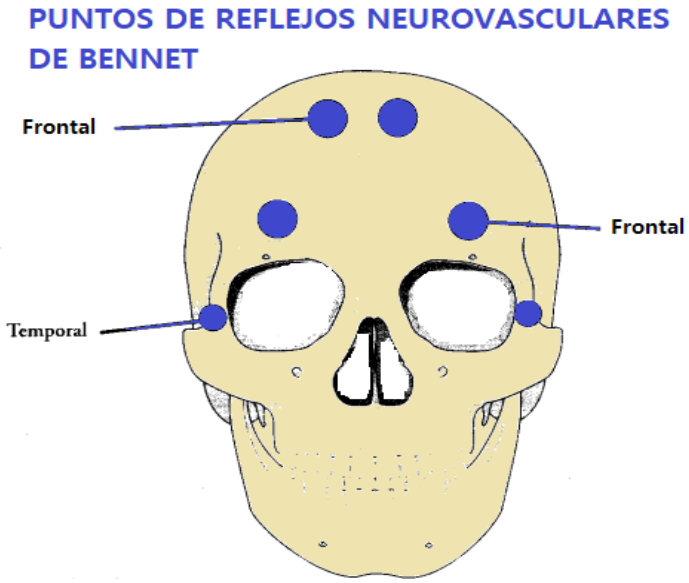
El tiempo ha demostrado que existe una relación respiratoria en las tasas de flujo del líquido cefalorraquídeo, y un factor crítico en la producción de la corrección craneal de rutina fue correlacionar la debilidad muscular para fortalecerse con la respiración.

Originalmente identificada por el Dr. Terrence Bennett en la década de 1930 (citado en Goodheart, 1999), la estimulación de los reflejos neurovasculares activa la circulación sanguínea en varios lugares del cuerpo. Algunos de estos reflejos,

especialmente los de las *eminencias frontales*, pueden utilizarse para tratar problemas psicológicos.

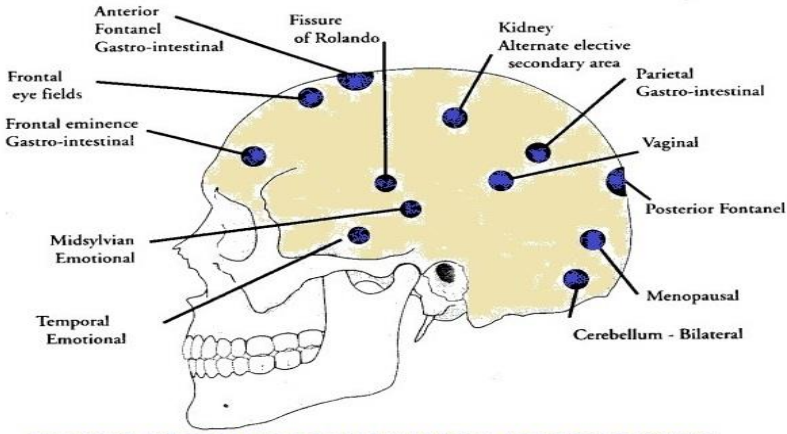
Como estos reflejos neurovasculares emocionales mejoran el funcionamiento muscular, se deduce que también afectan el funcionamiento de los meridianos energéticos.

Los reflejos neurovasculares emocionales se localizan en las pequeñas protuberancias de la frente, la elevación frontal, a medio camino entre la mitad de cada ceja y la línea normal del cabello.



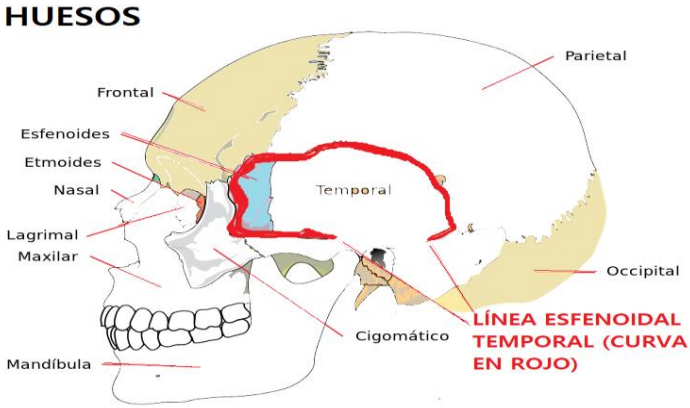
Según las descripciones de los diferentes autores, su función consiste en llevar sangre a las zonas donde le cuesta llegar con facilidad y así disminuir la intensidad del flujo de sangre en aquellas zonas donde no lo necesitan.

Los puntos de sujeción neurovasculares asociados están ubicados en el hueso parietal, arriba y detrás de cada oreja.



PUNTOS DE REFLEJOS NEUROVASCULARES DE BENNET

Línea esfenoidal temporal (TS): Es la línea en el cráneo que comienza frente al canal auditivo y recorre la periferia que divide el hueso cigomático del hueso esfenoides, luego continúa por la sutura superior del hueso temporal hasta llegar a aproximadamente una pulgada de distancia por detrás del oído. O sea, tiene un recorrido casi curvo. Una forma sencilla de identificar esta línea TS es apretar los dientes de abajo atrás de los dientes superiores y sentir con los dedos —en esa zona del cuero cabelludo— la protuberancia de los huesos señalados.



La línea TS es estimulada con tapping en kinesiología aplicada con fines de tratamiento. Este método es para interrumpir el filtrado sensorial del cerebro para evaluar la efectividad terapéutica, mejorar la capacidad de respuesta muscular, modificar patrones habituales o instalar creencias.

Badell et al. (2013) realizaron una investigación aleatorizada con el propósito: explorar el efecto del tratamiento de los reflejos de Bennett en la temperatura de la piel.

En teoría, la temperatura de la superficie de la piel debería aumentar a medida que el flujo sanguíneo penetra el área regional de piel y músculos específica del reflejo neurovascular de Bennett.

Mencionan que en sus resultados hubo 19 de los 23 participantes en el grupo de tratamiento que mostraron un aumento en temperatura con termómetros de estrés. Los 19 respondieron al tratamiento con aumento en fuerza muscular. Solo 5 de los 26 participantes en el grupo simulado mostraron un aumento en fuerza muscular.

Concluyen que las localizaciones de los cambios de temperatura no fueron consistentes con el reflejo neurovascular que fue tratado —aunque hubo aumento de temperatura—, mientras que los cambios en la fuerza muscular (con el test de verificación muscular) fueron mucho más consistente con el reflejo neurovascular tratado.

El tirón de la corona

Estimula el flujo de sangre a la cabeza.

1. Coloque los pulgares en las sienes a un lado de la cabeza. Doble los dedos y descanse las yemas de los dedos justo por encima del centro de las cejas.

2. Lentamente y con un poco de presión, separe los dedos para estirar la piel justo por encima de las cejas.

3. Descanse las yemas de los dedos en el centro de la

frente, los pulgares todavía en las sienes y repita el estiramiento.

4. Descanse las yemas de los dedos en la línea del cabello, los pulgares donde sea cómodo y repita el estiramiento.

5. Continúe con este patrón, con los dedos doblados y presionando en cada uno de estos lugares:

6. Dedos en la parte superior de la cabeza, con los dedos meñiques en la línea del cabello. Empuje hacia abajo con un poco de presión y separe las manos, como si se separara la cabeza.

7. Dedos en el centro de la cabeza, de nuevo empujando hacia abajo y separando las manos una de la otra.

8. Pase los dedos sobre la curva en la parte posterior de la cabeza, nuevamente usando el mismo estiramiento.

9. Continuar por el cuello hasta los hombros.

10. Repita cada uno de estos estiramientos una o más veces.

11. Termine con los dedos en la parte posterior de los hombros. Date un pequeño masaje, pasa los dedos por los hombros y deja caer las manos (Craig, Feinstein y Eden, 2005).

Reflejos neurovasculares en zona occipital

Mientras los músculos esternocleidomastoideos (ECM) y trapecio favorecen los movimientos rotatorios ordinarios de la cabeza sobre el cuello, la precisión de estos movimientos es obra de los pequeños músculos suboccipitales situados entre el occipucio y las primeras dos vértebras del cuello. Tres de estos músculos conforman una zona llamada triángulo suboccipital. *Cuando estos músculos suboccipitales están contraídos o tensos, pueden presionar el nervio suboccipital y las arterias vertebrales próximas, que están encajadas en el tejido conectivo del triángulo suboccipital. Esto reduce la afluencia de sangre al bulbo raquídeo, así como a los cinco nervios craneales cuya función es necesaria para la participación social. Por lo que, frotar o dar masaje a los músculos suboccipitales* reposiciona a

la vértebra C1en su sitio, se reduce la presión sobre las arterias vertebrales, aumenta el flujo de sangre hacia el bulbo raquídeo y esto, a su vez, mejora nuestra capacidad de participación social, según la Teoría Polivagal (Rosenberg, 2017).

Soporte neurovascular en la frente

1. Sentado o acostado, sintonice un estrés que ya está sintiendo o concéntrese en un pensamiento, recuerdo o situación estresante.

2. Coloque los pulgares en las sienes y las yemas de los dedos en la frente, justo encima de los ojos (acupunto 14VB).

3. Mantenga esta posición suavemente durante un máximo de tres minutos, respirando profundamente, inhalando por la nariz y exhalando por la boca (Craig, Feinstein y Eden, 2005).

Sujeción Frontal/Occipital

La sujeción frontal/occipital (F/O) es uno de los métodos para desactivar el estrés que se utilizan en los conceptos tres en uno (también conocidos como cerebro integrado) para aliviar el trauma. también puede ser para aliviar una variedad de otras condiciones relacionadas con el estrés. ***Es similar a la liberación del estrés emocional en que los reflejos neurovasculares en la frente se activan mientras el paciente visualiza o piensa en el trauma o situación estresante***. Sin embargo, con la sujeción frontal/occipital, el terapeuta o el cliente coloca la palma de una mano en la frente, mientras que la otra palma descansa sobre el hueso occipital en la parte posterior de la cabeza. Este método elabora los detalles del trauma mientras se ayuda al paciente a volver a experimentarlo de manera desapegada. Se supone que la mano en la región occipital activa los recuerdos visuales en los centros visuales del cerebro y los envía hacia los lóbulos frontales de la conciencia.

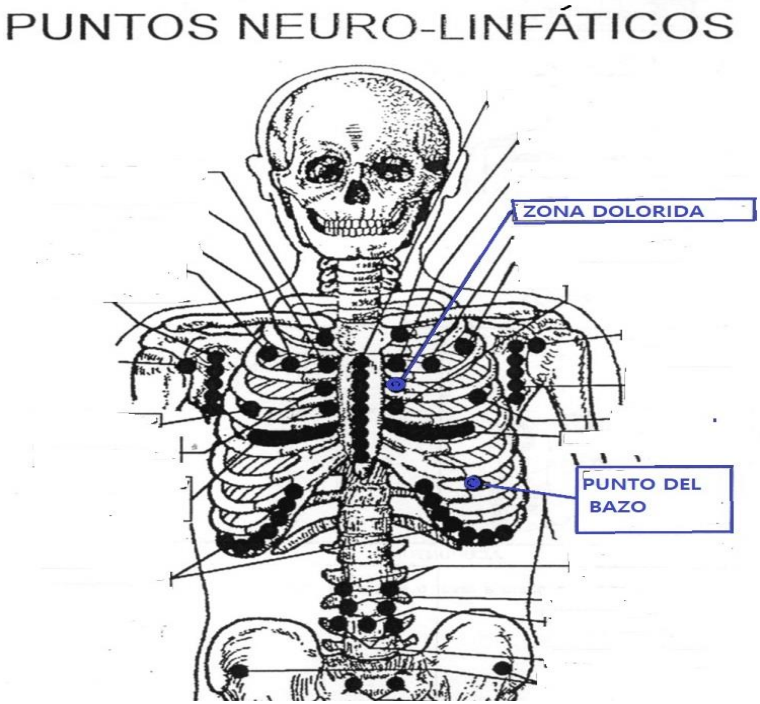
Reflejos neurolinfáticos

El sistema linfático tiene el trabajo fundamental de

eliminar las toxinas y las células muertas de su cuerpo, importante para el sistema inmunológico. A diferencia del torrente sanguíneo, su otro sistema circulatorio líquido, que es bombeado por el corazón, su sistema linfático no tiene bomba. Su flujo es estimulado por el ejercicio normal de la vida diaria, caminar, estirarse y cualquier otro movimiento. Dado que no tiene bomba, depende de la contracción muscular y el masaje para el movimiento de los materiales que combaten la enfermedad y los desechos tóxicos resultantes.

Roger Callahan y Gary Craig recomiendan frotar el reflejo neurolinfático ("punto dolorido") en el lado izquierdo del pecho o en el lado derecho de este, ubicado debajo de las clavículas y encima de los senos (entre la 2ª y 3ª costilla, en el acupunto 25R), mientras se hace la afirmación adecuada.

Goodheart había correlacionado la disfunción nerviosa y muscular con otro sistema corporal, a saber, el sistema linfático, y descubrió que al masajear las glándulas linfáticas podía restaurar la función y aliviar el dolor.



Goodheart probó laboriosamente varios músculos y finalmente los asoció con los reflejos neurolinfáticos que Chapman y Owens habían discutido originalmente. ***Estos reflejos se localizan en los espacios intercostales en la vecindad del esternón —entre y debajo de las costillas— y en la región pélvica.*** Algunos de estos reflejos se pueden utilizar en el tratamiento de la reversión psicológica (Gallo, 2005).

Frank Chapman y Owens decían que estos reflejos son capaces de detectarse como nódulos irritables, doliendo al tacto.

Se cree que estos puntos son como interruptores del sistema nervioso autónomo que se cierran en caso de sobrecarga del sistema energético. otros autores relacionan los puntos de Chapman con este *sistema primo vascular* (PVS) estaría relacionado con los meridianos y, como hipótesis, los puntos de Chapman podrían ser los mismos puntos donde la medicina china identifica las áreas de inserción de las agujas (Caso, 2004; Gin, 1997).

Punto neurolinfático del bazo

Haga el tapping del bazo juntando los dedos pulgar, índice y medio y golpeando en el punto neurolinfático en la parte inferior del seno (una costilla debajo de la línea del sostén en las mujeres) en alineación con el pezón, o el punto de acupresión B21 ubicado a unas cuatro pulgadas debajo de la axila.

Masaje en puntos neurolinfáticos

Los puntos reflejos neurolinfáticos, ubicados por todo el torso, regulan el flujo de energía al sistema linfático. El sistema linfático tiene el trabajo fundamental de eliminar las toxinas y las células muertas de su cuerpo.

Masajear los puntos reflejos neurolinfáticos estimula el sistema linfático y descompone las toxinas obstruidas para que puedan ser eliminadas de su cuerpo.

Puede encontrar estos puntos simplemente masajeando

la parte delantera de su torso entre las costillas y a lo largo del esternón y notando dónde está adolorido. Los puntos doloridos indican energía obstruida en estos puntos reflejos. Si bien las lesiones, enfermedades o distensiones también pueden ser la causa del dolor, una vez que se descartan, el dolor generalmente indica puntos reflejos que necesitan atención. Aquí tienes una rutina básica para masajear estos puntos (moviendo la piel con un movimiento circular con fuerte presión y permaneciendo en cada punto durante al menos cinco segundos):

1. Busque la clavícula y masajee profundamente los puntos justo debajo (27R).

2. Muévete hacia tus hombros. Masajee los puntos a lo largo del semicírculo donde su hombro se encuentra con su torso. 27R y los puntos de conexión del brazo tienen tanta información moviéndose a través de ellos que la energía los obstruye con frecuencia, por lo que es bueno limpiarlos a diario.

3. Encuentre otro punto en su torso que esté sensible, probablemente a lo largo del esternón o entre las costillas o debajo de los senos. Masajéalo durante al menos cinco segundos. Cada día, busque dos o tres puntos sensibles y masajee. Encontrará que mientras un punto que le dolía ayer ya no le duele hoy, otro punto requerirá un tratamiento regular. Pero incluso esos puntos se volverán menos dolorosos a medida que continúes trabajando con ellos (Craig, Feinstein y Eden, 2005).

Breviario de casos y variantes

A.- Variante de postura de sujeción frontal y occipital:

0.-Frotar las manos durante 20 segundos, haciendo el conteo en voz baja.

1.-Con manos entrelazadas cubrir ambos ojos y la frente, mientras se hace un conteo –en voz baja— del 1 al 10. Al mismo tiempo que se encima el pie —o pierna— izquierdo en el pie derecho.

2.-Después, contar del 11 al 20 mientras se mueve las manos entrelazadas de izquierda a derecha. 3.-Contando del 21 al 30, mover las manos entrelazadas de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba.

3.-Con manos entrelazadas cubrir frente y parte de la cabeza, mientras se hace un conteo del 1 al 30. Al mismo tiempo que se encima el pie derecho en el pie izquierdo. Ahora, se encima el pie derecho en el izquierdo.

4.-Después del conteo, mover las manos entrelazadas de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, mientras se vuelve a contar del 1 al 30.

5.- Con manos entrelazadas cubrir la coronilla de la cabeza, mientras se hace un conteo del 1 al 30. Al mismo tiempo que se encima el pie izquierdo en el pie derecho.

6.-Después del conteo, mover las manos entrelazadas de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, mientras se vuelve a contar del 1 al 30.

7.- Con manos entrelazadas cubrir la zona occipital de la cabeza, mientras se hace un conteo del 1 al 30. Al mismo tiempo que se encima el pie derecho en el pie izquierdo.

8.-Después del conteo, mover las manos entrelazadas de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo, mientras se vuelve a contar del 1 al 30.

B.- El acupunto 14VB

Se localiza directamente por encima de la pupila cuando los ojos miran al frente, sobre la frente, a 1 cun por encima del punto medio de la ceja. Es el punto de cruce de los meridianos de Vesícula Biliar, Yangwei Mai, Sanjiao, Estómago e Intestino Grueso. Este acupunto coincide con una de las ubicaciones de un reflejo neurovascular de Bennet. En Brain Gym, estos puntos se estimulan para relajación.

C.- La importancia del Timo

Desde la década de 1970, John Diamond defendió la importancia de la glándula timo para estimular la vitalidad en las personas. Sin embargo, la idea dominante entre los científicos era que el timo era inútil en el adulto, por lo que era extirpada en mucha gente adulta.

Kameron et al. (2023), de la universidad de Harvard, plantearon la hipótesis de que el timo adulto es necesario para mantener la competencia inmune y la salud en general. Por lo que evaluaron el riesgo de muerte, cáncer y enfermedad autoinmune entre los pacientes adultos que se habían sometido a timectomía (extirpación del timo) en comparación con los controles demográficamente emparejados que se habían sometido a una cirugía cardiotorácica similar sin timectomía.

La mortalidad por todas las causas fue mayor en el grupo de timectomía que en la población general de los Estados Unidos (9,0% vs. 5,2%). En este estudio, la mortalidad por todas las causas y el riesgo de cáncer fueron mayores entre los pacientes que se habían sometido a timectomía que entre los controles. La timectomía también pareció estar asociada con un mayor riesgo de enfermedad autoinmune.

D.- Variante del Tirón de la Corona

Hacerlo con los lados de la mano en la zona de los

puntos Karate, desde la frente hasta lo occipital, abriendo hacia los lados del trayecto ambos lados de las manos.

E.- Técnica de sujeción del Dr. Henry Grayson para instalar nuevas creencias positivas en el inconsciente.

Paso 1.-Manos sujetando la cabeza en los laterales, decir la creencia que deseamos (repetirla varias veces).

Paso 2.- Mano derecha en la frente y mano izquierda en la nuca, decir la creencia que deseamos (repetirla varias veces).

Paso 3.- Mano derecha en la frente y mano izquierda en el esternón, decir la creencia que deseamos (repetirla varias veces). Con los dedos índice y pulgar de la mano derecha presionamos las arterias carótidas (que son las que van del corazón al cerebro), en el cuello, así mismo apoyamos la lengua al paladar y masajeamos por 20 o 30 segundos.

Paso 4.- Mano derecha en el ombligo y mano izquierda en el esternón, decir la creencia que deseamos (repetirla varias veces).

Paso 5.-Mano derecha en la nuca y mano izquierda en el ombligo, decir la creencia que deseamos instalar (repetirla varias veces).

Luego movimientos oculares izquierda-derecha unas 24 veces, al final respirar profundamente.

F.-Dispersar los reflejos neurolinfáticos y neurovasculares

De acuerdo al Taoísmo, la energía de los acupuntos se dispersa —disipa— haciendo giros hacia la izquierda. Por lo que, con esa lógica, varios autores recomiendan dispersar los reflejos neurolinfáticos y neurovasculares haciendo masajes circulares hacia la izquierda.

Referencias

Badell, A. et al. The Effects of Neurovascular Reflexes on Surface Temperature: Randomized Controlled Trial. Advisor: Katharine Conable, D.C. October 21, 2013

Callahan (1985). Five Minute Phobia Cure. How Executives Overcome the Fear of Public Speaking and Other Phobias. McGraw-Hill Inc.,US

Caso ML. Evaluation of Chapman's neurolymphatic reflexes via applied kinesiology: a case report of low back pain and congenital intestinal abnormality. J Manipulative Physiol Ther. 2004 Jan;27(1):66. [PubMed]

Craig, G. y Fowlie, A. (1995). "Emotional Freedom Techniques: The Manual". The sea ranch, CA

Eden, Donna; Feinstein, David y Craig, Gary (2005). "The Promise Of Energy Psychology. Revolutionary tolos for dramatic personal change". Penguin Group

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Gin RH, Green BN. George Goodheart, Jr., D.C., and a history of applied kinesiology. J Manipulative Physiol Ther. 1997 Jun;20(5):331-7. [PubMed]

Goodheart, G. J. (1987). You'll be better. Geneva, OH: Self Published.

Goodheart, G. J. (1999). Overview and update of the Bennet Neurovascular Reflexes. ICAK U.S.A. Recuperado de: https://www.icakusa.com/sites/default/files/Overview%20and%20Update%20of%20the%20Bennett%20Neurovascualr%20Reflexes.pdf

Grayson, Henry (2004). Mindful Loving: 10 Practices for Creating Deeper Connections. Ed. Avery

Kameron A. Kooshesh, M.D., Brody H. Foy, D.Phil., David B. Sykes, M.D., Ph.D., Karin Gustafsson, Ph.D., and David T. Scadden, M.D. Health Consequences of Thymus Removal in Adults. N Engl J Med 2023; 389:406-417. Doi: 10.1056/NEJMoa2302892

Megan Bath; Amanda Nguyen; Bruno Bordoni. Physiology, Chapman's Points. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.

Rosenberg, Stanley (2017). "El Nervio Vago sanador". España: Sirio

Tapas Fleming (2007). "TAT Professionals Manual". California: TATLife

31.- DESORGANIZACIÓN NEUROLÓGICA

En una conferencia de 2011 de Joaquin Andrade "*De la energía a la neurociencia*", este experto en psicología energética expresaba que la desorganización neurológica es una aberración científica que no existe, que no entiende por qué algunos la mencionan y dicen usarla como una alteración de la polaridad energética del cuerpo. Entonces, Raquel Ferrazzano de Solvey le contesta ahí mismo que, según Walton, en su libro *Kinesiología aplicada*, esta desorganización se refiere a que el sistema nervioso recibiría información disfuncional de alguna parte de nuestro cuerpo. Lo cierto es que, todavía no se ha demostrado esta hipótesis de desorganización neurológica, que parece haber nacido con la oleada de las investigaciones sobre lateralizaciones hemisféricas cerebrales. Y no está de más subrayar lo que Dean Radin y David Feinstein han dicho, en el sentido de que varios de los temas y conceptos de la psicología energética son difíciles de comprobarse por el contenido textual con el que intentan explicar efectos testimoniales.

La **desorganización neurológica** es una condición a la que los kinesiólogos se refieren como cambio de polaridad o simplemente cambio. En kinesiología aplicada, se supone que el cambio implica la desorganización del cerebro izquierdo/cerebro derecho, además de otras características. Algunos de los signos que con frecuencia son indicativos de cambio incluyen la inversión de letras y números (dislexia), confundir izquierda y derecha y decir lo contrario de lo que uno quiere decir. La desorganización neuronal también es evidente cuando un individuo es significativamente torpe o lento en responder, progresando poco o nada en el proceso terapéutico. Esta condición implica que el sistema nervioso central malinterpreta los impulsos nerviosos. *Cuando esta condición está presente, la eficacia de la prueba muscular manual se ve afectada*.

Un principio central de la Terapia del Campo del Pensamiento es que **la energía del cuerpo tiene una polaridad**, un polo positivo y negativo, como una batería, o los polos norte y sur de un imán. Una inversión de la polaridad habitual puede interferir con el pensamiento, la emoción y el comportamiento. La ***inversión de la polaridad energética de una persona*** puede sabotear los intentos de realizar cambios cognitivos, emocionales y conductuales (Lambrou et al., 2000).

El ejercicio de respiración de la clavícula: Es lo que Roger Callahan propone como procedimiento para resolver la desorganización neurológica. Implica la estimulación simultánea del *meridiano triple calentador* en el punto gama (3TC) y el meridiano del riñón en los puntos izquierdo y derecho de la clavícula (R27) mientras se realiza una rutina de respiración extensa, que se describe en el capítulo de este libro "*Respirar por la nariz, nada más*".

Este procedimiento implica la estimulación simultánea del *meridiano del triple calentador* en el punto gama (3TC) y el *meridiano del riñón* en los puntos de la clavícula (R27) mientras se realiza una extensa rutina de respiración.

Si bien este procedimiento parece ser muy extraño y algunos pueden tener dificultades para suscribirse, no obstante, es muy eficaz. A menudo, el valor en la corrección de la desorganización neurológica se encuentra simplemente en que el tratamiento procede más rápida y eficientemente después. En otros casos, el ejercicio de respiración de la clavícula es necesario en sí mismo o como un aspecto del tratamiento general para rectificar condiciones tales como déficit de atención y torpeza extrema. Con frecuencia, esta condición no se puede corregir, como cuando una *toxina energética* (alcohol, la cafeína, la nicotina, la loción para después del afeitado, el perfume, el detergente para la ropa o incluso el maíz o el trigo) o un desequilibrio estructural están afectando el sistema energético.

Dada esta información, se lleva a cabo un análisis exhaustivo mediante el empleo de un procedimiento específico de prueba muscular para identificar la(s) sustancia(s) que causa(n) la dificultad. Una vez que se eliminan esta o estas

sustancias, los resultados terapéuticos sostenidos a menudo siguen fácil y rápidamente.

Si el cuerpo realmente tiene un sistema de energía que tiene características electromagnéticas, y afirmamos que las tiene, es factible que otras fuentes de energía como las líneas eléctricas y las microondas puedan ejercer una influencia negativa (Becker, 1985).

Además, según Douglas P. Hetrick, (1996), la desorganización neurológica "*puede ser causada por muchas cosas, entre ellas, la mala nutrición, una reacción alérgica, la contaminación ambiental, el estrés o el trauma*. John Diamond (1978) también ha propuesto la desorganización neurológica, llamándole **conmutación**, diciendo que esta, así como otras condiciones graves, pueden ocurrir como resultado de la exposición a ciertos tipos de música, especialmente ciertas marcas de música rock, así como por exceso de movimientos homolaterales, es decir, de un solo lado, por ejemplo, un tenista que abusa de un solo codo. Posteriormente, se han observado casos de cambio como resultado de una exposición prolongada a monitores de computadora y teléfonos celulares.

Un enfoque típico de kinesiología aplicada para tratar la desorganización neurológica implica un trabajo craneal-sacro, como las usadas por Stanley Rosenberg (2017), un procedimiento empleado por algunos médicos osteópatas y quiroprácticos, que aborda las fallas craneales.

Diagnóstico de desorganización neurológica

Si el tratamiento avanza con demasiada lentitud, de modo que las unidades subjetivas de angustia disminuyan un punto o menos después de cada secuencia, es posible que se indique la necesidad de ejercicios de respiración de la clavícula. La necesidad de ejercicios de respiración de la clavícula se puede diagnosticar mediante cualquiera de varios métodos interrelacionados.

Método de mano sobre cabeza: Una forma de diagnosticar la presencia de desorganización neurológica es hacer que el cliente coloque la *palma* de su mano derecha sobre su cabeza mientras prueba la fuerza en el brazo izquierdo

extendido (músculo deltoides medio) o cualquier otro músculo indicador. El músculo debe probar fuerte. Ahora, hacer que el cliente gire la mano derecha de modo que el *dorso* de la mano quede contra la parte superior de la cabeza y la palma apunte hacia el techo debe hacer que el músculo indicador se debilite. Si la palma hacia abajo es fuerte y la palma hacia arriba es débil, el cliente está neurológicamente organizado en ese momento. Un recurso mnemotécnico útil ofrecido por James V. Durlacher (1994) es "*la palma es poder, el dorso dispersa*". Si el músculo indicador es igualmente fuerte en ambas condiciones, es probable que haya desorganización neurológica y los ejercicios de respiración de la clavícula se pueden emplear para corregir esto. Después de completar los ejercicios de respiración de la clavícula, el cliente debe realizar la prueba normalmente organizada si la corrección ha tenido éxito.

El cuerpo parece estar variablemente polarizado de cabeza a cola y de adelante hacia atrás. ***Si uno está organizado normalmente, el dorso de la mano está cargado positivamente y la palma está electro-cargada negativamente, mientras que la cabeza está electro-cargada positivamente y la carga se vuelve cada vez más negativa a medida que desciende hacia los pies. Por lo tanto, el flujo electromagnético es ininterrumpido con el individuo que está neurológicamente organizado cuando la palma de la mano se coloca sobre la cabeza con una respuesta muscular "fuerte" evidente***.

Si se invierte la polaridad en la mano, pero no en el vértice de la cabeza (o viceversa), existirá una situación electromagnética competitiva, similar a cuando se ponen en contacto polos magnéticos iguales. Esta situación interfiere con el flujo electromagnético normal, y así observamos efectos opuestos. Para que el músculo se mantenga fuerte en ambas condiciones, se deben neutralizar las polaridades de la mano y la cabeza, o ambas.

Método del dedo índice: Una segunda prueba de diagnóstico que sigue los mismos principios básicos que la del método anterior implica que el consultante o el evaluador coloquen *el lado de la pequeña palma de un dedo índice —de*

cualquier falange— en el puente de la nariz del consultante mientras el examinador prueba el músculo indicador. El músculo indicador debe ser fuerte. Si se coloca el cubital (lado de la uña) del dedo índice en el puente de la nariz del paciente, el músculo indicador se debilitará. Si el brazo es fuerte en ambas condiciones, es posible que haya conmutación/desorganización neurológica. Proporcionar los ejercicios de respiración de la clavícula debería dar como resultado un cambio en la prueba y, por lo tanto, el alivio de la condición de cambio. Si la posición con la palma hacia abajo da como resultado una respuesta del músculo indicador *débil* y la posición con la palma hacia abajo da como resultado una respuesta del músculo indicador *fuerte*, esto puede ser consistente con una reversión psicológica masiva.

***Método de localización de terapia R27*:** Una tercera prueba, basada en principios opuestos, implica que el método del terapeuta o del consultante se localice en el punto energético del riñón-27 (R27), un método descrito por Walther (1988). Esto se hace colocando las puntas de los dedos índice y corazón (medio) debajo de un punto de la clavícula (el punto R27 debajo de la clavícula al lado del esternón) mientras se prueba el brazo. Si el brazo es fuerte, desorganización neurológica no está presente. Si el brazo es débil, existe desorganización neurológica y se necesita un procedimiento de corrección, como los ejercicios de respiración de la clavícula.

Método verdadero-falso: Otra indicación de desorganización neurológica es evidente cuando el consultante hace una declaración verdadera frente a una declaración falsa, como decir su nombre correcto y luego su nombre incorrecto, mientras realiza una ***prueba muscular kinesiológica***. El músculo debe probar fuerte en la afirmación verdadera y relativamente débil en la afirmación falsa. Si el músculo es igualmente fuerte en ambas condiciones, existe la posibilidad de desorganización neurológica. Esto es esencialmente equivalente a los dos primeros métodos en que no hay distinción en la fuerza muscular. Esta prueba debe verificarse posteriormente mediante la realización de una o varias de las pruebas antes mencionadas.

Otras correcciones por desorganización neurológica

Una de las correcciones breves más sencillas para el cambio es dar golpecitos alternados en ambos lados del puente de la nariz.

Otra corrección para el cambio es la corrección de tres polaridades, que también se llama la breve corrección energética (Bilazarian, 2018). Esto se basa en la idea de que el cambio involucra una o más de las tres polaridades del cuerpo: arriba/abajo, izquierda/derecha y adelante/atrás.

Corrección de tres polaridades

1. Coloque una mano sobre el ombligo mientras toca o golpea vigorosamente debajo de ambas clavículas, cerca del esternón (acupuntos 27R), durante 10 segundos.

2. Luego, toque o frote debajo de la nariz (acupunto 26VG) y en el labio inferior (acupunto 24VC) durante 10 segundos mientras sostiene la otra mano sobre el ombligo.

3. Finalmente, toque o frote el cóccix (acupunto 1VG) durante 10 segundos mientras sostiene su otra mano sobre su ombligo.

Gallo (2022) descubrió que la conexión y la corrección de las tres polaridades también son útiles para mejorar el enfoque de las personas, como aquellas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Actividades para cruzar la línea media

Cualquier ejercicio que implique "cruzar", como nadar, correr, caminar con un movimiento rápido de los brazos y esquiar a campo traviesa, ayudará a que su energía cruce la línea media que, como se mencionó anteriormente, es parte del flujo de energía óptimo. Otras técnicas rápidas para cruzar tu energía incluyen dibujar el signo del infinito, ya sea en un papel o moviendo los ojos siguiendo este patrón, o moviendo las manos siguiendo este patrón en el aire, como un baile o un movimiento de tai chi (Diepold, Britt & Bender, 2004).

Cuando hay escurrimiento nasal: Haga que el paciente toque rápidamente ambos lados del puente de la nariz (puntos IG20) durante aproximadamente 1 minuto y luego reevalúe la desorganización neural. Esto a menudo aliviará la desorganización durante el tiempo suficiente para que los otros tratamientos sean efectivos. Si bien no se sabe por qué esta técnica funciona cuando lo hace, se ha propuesto que la desorganización es el resultado de una falla craneal y que "el golpeteo afecta el mecanismo respiratorio primario craneal" (Walther, 1988).

Corrección de exceso de energía

La desorganización neurológica puede resultar de un exceso de energía en los meridianos.

Otros métodos para corregir el exceso de energía y, por lo tanto, la desorganización neuronal asociada son los **ejercicios de cruzado**, es decir, que crucen la línea media imaginaria del cuerpo, izquierda/derecha, estimulando ambas lateralidades.

Ejercicios desarrollados por Doman y Delacato y elaborados más en kinesiología aplicada y varias de sus ramificaciones, como la kinesiología educativa de Dennison (Brain Gym), por ejemplo:

En Gimnasia Cerebral de Luz Ibarra se brindan estos ejercicios y posturas: gateo cruzado; tensar y distensar; nudos; 4 ejercicios para los ojos; ochitos acostaditos; ochitos con los dedos; el elefante; el abecedario de la atención; el pinocho.

En Brain Gym de los Dennison: marcha cruzada; doble garabato; el 8 alfabético; el elefante; marcha cruzada en el suelo; la X; el búho; activación del brazo; flexión del pie; gancho de Cook.

Detección y desbloqueo de hemisferios en Psych-K:

Determinar qué hemisferio está bloqueado. Mirar hacia arriba a la izquierda y testear kinesiológicamente. Mirar hacia arriba a la derecha y testear kinesiológicamente. (Estás averiguando si hay una respuesta DEBIL en una dirección u otra.

Esto indica que el acceso al hemisferio contralateral está bloqueado). Por ejemplo, si al mirar hacia arriba a la izquierda el test kinesiológico te da débil con el anillo de Omura esto significa que el hemisferio derecho está bloqueado.

Activar el hemisferio bloqueado. Mientras haces el movimiento de "cross-crawl" (marcha cruzada) mira hacia arriba en la dirección que causó la respuesta DEBIL, (Normalmente unas diez repeticiones.) Parar los "cross-crawls" y testear con los ojos en la dirección DEBIL para una respuesta FUERTE. Si sigue DEBIL, continuar los "cross-crawls". 6. Integración de los hemisferios Nota al facilitador: Este proceso está diseñado para reunificar los dos hemisferios de manera que se crea pensar con el "cerebro-integrado" con respecto a la creencia deseada.

Postura de Cerebro integrado —*Whole Brain*— usada en *Psych-K* y otras técnicas como *Gimnasia Cerebral*:

1. Coloque el tobillo izquierdo sobre el tobillo derecho.

2. Coloque las manos al frente, los brazos extendidos, con el dorso de las manos tocándose.

3. Lleve la mano derecha sobre la izquierda y encima de la izquierda.

4. Junte/envuelva los dedos y doble las manos y los brazos y descanse sobre el pecho.

5. Respire profundamente mientras apoya la lengua contra el paladar detrás de los dientes frontales superiores.

6. Vuelva a evaluar el cambio después de 1 a 2 minutos.

Procedimiento básico de desconexión

1. Pida al consultante que estimule el ombligo presionándolo con los primeros tres dedos de cualquier mano mientras golpea o frota enérgicamente debajo de ambas clavículas junto al esternón durante unos 10 segundos (punto R27 o 27 del Meridiano del Riñón).

2. A continuación, haga que el consultante estimule el ombligo mientras golpea debajo de la nariz durante unos 10 segundos (punto VG26 o 26 del Vaso Gobernador).

3. A continuación, haga que el paciente estimule el ombligo mientras golpea debajo del labio inferior durante unos 10 segundos (punto VC24 o 24 del Vaso Concepción).

4. Finalmente, haga que el paciente estimule el ombligo mientras frota el cóccix en su espalda inferior durante unos 10 segundos (punto VG1 o 1 del Vaso Gobernador).

5. Vuelva a evaluar para cambiar.

Punto Gama de integración cerebral

Roger Callahan comenta que: "*Algunas investigaciones muestran, por ejemplo, que cuando los ojos están abiertos, la parte posterior del cerebro recibe relativamente una mayor estimulación; cuando están cerrados, por el contrario, la parte delantera del cerebro es la que más se estimula. También he descubierto que la aplicación de golpecitos en el punto gamma (ubicado entre los dedos meñique y anular) mientras se mueven los ojos de determinadas maneras (abrirlos/cerrarlos; hacia abajo a la izquierda; hacia abajo a la derecha; girarlos en sentido de las manecillas del reloj, girarlos en sentido contrario al reloj; de abajo hacia arriba, y de arriba hacia abajo) puede contribuir a desmoronar una perturbación, reduciendo al mínimo o erradicando un problema psicológico de forma inmediata*".

El punto Gama (PG) implica tocar simultáneamente en el dorso de las manos, a 1 cm por debajo del punto central entre los nudillos a la base del dedo anular y el meñique. Es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del triple calentador (3TC), Este punto Gama se ha encontrado útil para integración cerebral, tratar la depresión, traumas, frialdad emocional y problemas de tiroides. Se multiplica su potencia si se acompaña con las 9 gamas sugeridas por Roger Callahan.

Dawson Church (2017) afirma que: "*Mi propia experiencia con EFT es que el 9 Gamut es esencial en casos de trauma*

infantil, que, como hemos visto, es un factor para la mayoría de los consultantes".

Este **procedimiento de 9 Gamas** (*9 Gamut*) forma parte de la Receta Básica de EFT, siendo el tercer paso, aunque se le pone énfasis cuando se detecta que la persona no presenta integración cerebral de los hemisferios. Se tiene un procedimiento especial para contribuir a la integración cerebral, consistente en estimular el punto Gamut (Gamma o Rango) y simultáneamente realizar 9 tareas.

Dice Gary Craig (1995), creador del EFT, que: "*Ciertas partes del cerebro se estimulan a través de conexiones nerviosas cuando se mueven los ojos. Asimismo, el lado derecho del cerebro (el lado creativo) está ocupado cuando tarareas una canción y el lado izquierdo (el lado numérico) está ocupado cuando cuentas. El Procedimiento de los 9 Pasos es un proceso que dura 10 segundos, en donde se ejecutan 9 de estas acciones 'estimuladoras del cerebro' mientras se hace tapping continuamente sobre uno de los puntos energéticos, el punto Gama. Se ha descubierto, tras años de experiencia, que esta rutina puede aumentar la eficacia de EFT y acelera tu progreso hacia la libertad emocional, especialmente cuando se intercala como un sándwich entre 2 rondas de la Secuencia de la Receta Básica de EFT*".

Agrega Craig: "*estas 9 acciones se presentan en cierto orden y sugiero que las memorices en el orden dado. Por otro lado, si quieres puedes alterar el orden siempre que hagas los 9 Pasos y ejecutes el 7, 8 y 9 como una unidad, es decir, tarareas 2 segundos una melodía, luego cuentas del 1 al 5 y después tarareas de nuevo, en ese orden. Años de experiencia han demostrado que es importante hacerlo así. Ten en cuenta también, que tararear Cumpleaños Feliz causa resistencia en algunas personas, porque puede sacar a relucir recuerdos de cumpleaños infelices. En este caso, puedes usar EFT para aliviar esos recuerdos infelices y resolverlos o puedes dejar de lado este asunto por el momento y pedirle al cliente que tararee otra canción*".

Las 9 tareas son (mientras se estimula el punto Gama

con tapping, masaje o acupresión):

1. Cerrar los ojos.

2. Abrir los ojos.

3. Mirar rápidamente hacia abajo, a la derecha, sin mover la cabeza.

4. Mirar rápidamente hacia abajo, a la izquierda, sin mover la cabeza.

5. Girar los ojos en un círculo en el orden de las manecillas del reloj.

6. Girar los ojos en círculo al contrario de las manecillas del reloj.

7. Tararear 2 segundos una canción (Gary Craig sugiere Happy Birthday, tú puedes usar la melodía que gustes, para México se sugiere Las Mañanitas y personalmente uso "la cucaracha").

8. Contar rápidamente de 1 a 5.

9. Tararear de nuevo 2 segundos de la misma melodía.

Dos practicantes del EFT opinan:

Tana Clark: "*Cuando las personas se emocionan de forma extrema y parecen no lograr salir, están 'trabados en su cerebro derecho'. Mucha gente tiene problemas estando bloqueada en el cerebro derecho, y muchos de nosotros hemos tenido la experiencia de no poder parar de llorar. Haciendo los movimientos oculares mantiene el cerebro en movimiento de lado derecho al izquierdo y viceversa. Eso ayuda para que el cerebro colabore entre si en vez de estar pegado en un lado*".

Mair Llewellyn: "*he tenido varias instancias cuando uso el punto gama y el punto karate combinados. Esto se hace fácilmente ejerciendo una presión suave con el pulgar (en el punto gama) y el índice (en el punto karate) en la mano del cliente. Uso esta combinación de dos puntos cuando los puntos*

de la cara, de la clavícula o bajo el brazo parecen muy invasivos. Por ejemplo, si un cliente siente dolor severo físico o emocional".

Breviario de casos y variantes

A.-Resumen de la conferencia "De la energía a la neurociencia", Joaquin Andrade (2011).

Los chinos llaman *canales* a los espacios por donde el flujo de energía transita entre los puntos en que actúa la acupuntura. Y hubo un cónsul extranjero que al visitar China les llamó "meridianos" a esos canales.

Aun no se ha podido medir objetivamente la "energía" exacta de los puntos estimulados que provocan los cambios en la psicología energética.

Pensemos en todas las variedades de protocolos que hay en las diferentes técnicas de Psicología Energética, no se ponen de acuerdo y a veces hasta se contradicen, lo que para una técnica es importante, para otra no lo es.

Andrade asegura que experimentó con el test kinesiológico y no vio resultados confiables.

El Calcio es crucial en los efectos químicos del tapping.

Cuando el tratamiento no avanza en Psicología Energética hay que cambiar de protocolo, hacer uno diferente.

Hasta el momento, no hay estudios en Psicología Energética sobre efectos de sedación y fortalecimiento.

Durante la conferencia, un participante se pregunta qué pasaría si se tapara un oído en vez de un ojo, Andrade le responde que experimente el resultado.

Andrade señala que hubo problemas con los protocolos de Sheldrake y con algunas investigaciones chinas porque no

quisieron compartir estos, por lo que no se ha podido replicar ni validar sus descubrimientos.

Las cualidades de relación del terapeuta son cruciales en cualquier terapia, incluida la psicología energética: la intención, la atención, la compasión, etcétera.

B.- ¿Cuál es la diferencia entre reversión psicológica y desorganización neurológica?

La diferencia sería que, mientras la reversión estaría influida por un cambio de polaridad energética que afecta involuntariamente la psicología del individuo, la desorganización neurológica se referiría a una polaridad energética que crea disfunción del sistema nervioso afectando a los hemisferios cerebrales, provocando una desorganización en la recepción y respuesta de estímulos.

C.- Frases a trabajar.

Mientras se aplica tapping en alguno de los acupuntos sugeridos en este capítulo, diga tres veces: "*Aunque yo* (plantear el problema), *me acepto y elijo ser libre*". También puede elegir declaraciones alternativas dirigidas a una solución positiva, como "*y elijo que se resuelva*" o "*y estoy abierto a un milagro*". Otras frases pueden ser: *"Aunque yo (plantear el problema), me acepto completamente y confío en Dios"; o "Aunque hay partes de mí que (plantear el problema), me acepto completamente y confío en mi Alma".*

D.- Agua y respiración diafragmática

Algunos autores sugieren ingerir agua o respirar abdominalmente con el músculo diafragmático (Dennison, Blaich, Ibarra, Amador).

Referencias

Andrade, Joaquin (2011). "De la energía a la neurociencia". Conferencia en el 6º Encuentro Internacional de Técnicas de Liberación Emocional. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=neu6EZB0Td4

Becker, Robert O. y Seldon, Gary (1985). "El cuerpo eléctrico. Electromagnetismo y la fundación de vida". Nueva York: William Morrow

Bilazarian, Rob (2018). Tapping the Mighty Mind: Simple Solutions for Stress, Conflict, and Pain. Createspace Independent Publishing Platform

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Craig, G. y Fowlie, A. (1995). "Emotional Freedom Techniques: The Manual". The sea ranch, CA

Church, Dawson (2017). "The EFT Manual". Fourth edition. USA: Energy Psychology Press www.EFTUniverse.com

Dennison, Paul y Dennison Gail. (1990). "Brain Gym". Editorial Quarzo

Diamond, John (1978). "Kinesiología del Comportamiento". España: Ed. Edaf

Diepold, John H. (August, 2000) Touch and Breathe: An Alternative Treatment Approach With Meridian Based Psychoterapies. Traumatology, Vol. 6, No. 2

Durlacher, J.V. (1994). "Freedom from fear forever". Tempe, AZ: Van Ness

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Hetrick, Douglas P.; Valentine, Tom; Valentine, Carole (1996). "Applied Kinesiology. Muscle Response in Diagnosis, Therapy and Preventive Medicine". Inner Traditions Bear and Company: USA

Ibarra, Luz María (1997). "Aprende mejor con Gimnasia Cerebral". Garnik: México

Lambrou, Peter y Pratt, George (2000). Instant Emotional Healing. Acupressure for Emotions. Random House, Inc.

Rosenberg, Stanley (2017). "El Nervio Vago sanador". España: Sirio

Walther, David S. (1988). Applied Kinesiology: Synopsis. Publisher: Systems DC

Williams, Robert M. (2015). "Psych-K…La pieza/paz que falta en tu vida". Myrddin Corporation

32.- CORAZÓN ELECTROMAGNÉTICO

Desde 1991, el Instituto Heartmath ha estado liderando investigaciones científicas neurocardiológicas relacionadas con la coherencia corazón-cerebro, también conocida como “coherencia cardiaca” o “inteligencia del corazón”. En el año 2016 publicó un libro al respecto. El Dr. Rollin McCraty, líder de esas investigaciones —junto con Doc Childre, Howard Martin y Deborah Rozman—, afirma en su libro: "*La coherencia es el estado en el que el corazón, la mente y las emociones están en alineación y cooperación energéticas. Es un estado que construye resiliencia”. Cuando el sistema parasimpático y el sistema simpático no están sincronizados con emociones como la ira, la ansiedad o la frustración, esto produce un ritmo errático o un estado incoherente. El cerebro recibe esta información que afecta si se puede acceder a funciones cognitivas superiores para autorregularse.*

La coherencia surge cuando dos o más sistemas rítmicos corporales se sincronizan y operan a la misma frecuencia. Esto puede incluir nuestros ritmos respiratorios, ritmos cardiacos y actividad rítmica entre cerebro y corazón. Altos grados de coherencia han sido asociados con un incremento en el equilibrio emocional, estabilidad, intuición, funcionamiento mental óptimo, mejor memoria, mayor localización y un descenso en Los niveles de presión arterial”.

La variabilidad del ritmo cardiaco (VRC) mide las variaciones, en tiempo, entre los pares de latidos cardiacos. Emociones positivas como amor, compasión y apreciación están vinculadas a un patrón de VRC más coherente, mientras que las emociones negativas como estrés, ansiedad, ira y miedo están vinculadas a un patrón de VRC errático e incoherente, lo cual ha sido medido con aparatos controlados.

En las investigaciones del Instituto señalado, se ha descubierto que el corazón tiene una influencia significativa en el cuerpo hasta el nivel celular, con un componente eléctrico aproximadamente 60 veces mayor y un campo de energía electromagnética 5000 veces mayor que el del cerebro. Los ritmos del cerebro junto con los ritmos respiratorios y de presión arterial se arrastran con el ritmo del corazón. Este es el estado óptimo para el funcionamiento humano.

Se ha medido a través de un electrocardiograma (ECG) que la energía magnética del corazón alcanza aproximadamente tres pies —poco más de 90 centímetros— fuera del cuerpo físico y se puede detectar en otra persona que se sienta cerca. Para demostrar esto, los investigadores colocaron electrodos en un vaso de agua, y comprobaron que el latido del corazón de un participante que se hallaba cerca podía ser detectado, después se encontró que el latido cardiaco puede ser detectado también por el cerebro y el corazón de las personas que nos rodean.

Se demostró que nuestros corazones se comunican con la energía electromagnética del corazón. Los investigadores conectaron dispositivos que miden la variabilidad del ritmo cardiaco —VRC— a un niño de 12 años de edad y a su perra. Cuando el niño entraba en la habitación en la que su perra se encontraba, le pidieron que entrara sentimientos de amor hacia su perra. Los datos mostraron que sus ritmos cardiacos se sincronizaron. Este mismo fenómeno fue investigado con una madre y su bebé, y también en parejas durmiendo juntas.

El *Heartmath Institute* encontró que nuestras emociones están dentro del campo magnético del corazón. Específicamente: “este sistema de comunicación nos conecta energéticamente con los otros y nos ayuda a explicar por qué podemos sentir el

estado emocional de otra persona antes de que su lenguaje corporal o su tono de voz nos indiquen o den pistas acerca de ello".

Las emociones positivas como la compasión y el amor generan un patrón armonioso en el ritmo del corazón, lo que conduce a la coherencia y una mayor regulación emocional.

Cuando existen interacciones armoniosas entre los sistemas del cuerpo, esto se conoce como coherencia fisiológica.

De acuerdo al *Heartmath Institute*, "*el corazón envía información al cerebro y al cuerpo sirviéndose de, al menos, 4 vías: comunicación neuronal (a través de vías ascendentes en el sistema nervioso autónomo); comunicación biofísica (ondas de presión a través del pulso); mensajería bioquímica (las hormonas secretadas en el corazón); y finalmente a través del campo electromagnético creado por el corazón*".

Los investigadores neurocardiólogos han descubierto que el corazón contiene un sistema neuronal que puede almacenar memoria a corto y a largo plazo. También, posee su propio sistema nervioso, llamado el "cerebro del corazón". Tiene más de 40.000 neuronas y puede sentir, procesar información, tomar decisiones y memorizar. Además, crea y secreta varias hormonas y neurotransmisores que afectan una amplia variedad de funciones orgánicas. Una de estas hormonas es la oxitocina, típicamente descrita como la hormona del amor y los lazos afectivos.

Apoyarse en el corazón electromagnético

Se ha demostrado que el cerebro y el corazón están vinculados en un fuerte campo electromagnético generado por el corazón (Pearsall, 1998). Otros estudios muestran que la variabilidad de la frecuencia cardíaca está influenciada por las emociones, así como por el estado físico de una persona (Serban-Schreiber, 2003).

El Corazón es considerado un *portal energético*, el vórtice o chakra 4 de nuestro cuerpo. Silvia Hartmann incluye en su *Emotrance* estimular curativamente esta zona poniendo encima las dos manos, primero la izquierda y encima la derecha. El

corazón es un órgano de polaridad yin, cuya función es física y psíquica; además regular la circulación de la sangre, vigila toda la función mental-emocional, el disfrute de la vida, la dicha y el gozo. Su desequilibrio se manifiesta mediante: palpitaciones, angina pectoral, dolores del brazo, insomnio, histeria, pérdida de la facultad del habla; además en la "falta de espíritu", en la falta de entusiasmo por la vida; es necesario aprender a confiar y cultivar el gusto por la propia existencia.

La técnica para la coherencia del corazón de Jaime Fonte (2015):

1.Toma tres Respiraciones profundas y lentas.

2.Pon tu atención en el corazón.

3.Respira profundamente desde el corazón.

4.Trae un recuerdo que te haga sentir muy bien y siéntelo desde el corazón.

5.Manda desde el corazón este sentimiento a tus seres queridos, o a alguien que lo necesite en esos momentos.

6.Finaliza con 3 Respiraciones profundas y lentas desde el corazón.

Breviario de casos y variantes

A.- Psicología Energética del corazón

**Meridiano Corazón*

El punto del **dedo meñique** es el último o noveno punto de acupuntura en el ***meridiano del corazón*** (PC9), ubicado en el ángulo interno de la uña del quinto dedo o meñique. Estos puntos se ubican mirando el dorso de cualquiera de las manos, observando el aspecto interior de la uña del dedo meñique, donde la uña se encuentra con la cutícula en el lado que mira hacia el dedo anular o anular. Este punto es frecuentemente importante en el tratamiento de la ira.

Inicio del meridiano: 1C, bajo la axila.

Término del meridiano Corazón (Pericardio): 9C, en ángulo ungular del dedo meñique de la mano, en dirección al dedo anular.

**Meridiano Corazón (Maestro)*

El punto del **dedo medio** es el último o noveno punto de acupuntura en el meridiano ***maestro corazón*** **del corazón**, circulación-sexo (MC9), ubicado en el lado interno de la uña del tercer dedo. Este punto de tratamiento a menudo ha sido importante en el tratamiento de los celos, el arrepentimiento, los problemas relacionados con el sexo y las alergias de tipo inhalante.

Inicio del meridiano: 1MC, a pocos centímetros del pezón.

Término del meridiano: 9MC, en ángulo ungular del dedo medio de la mano, en dirección al dedo índice.

Nota: el pericardio es el músculo que envuelve o protege al corazón.

B.- Casos

1.- En sesión de seguimiento de duelo por muerte de su madre, un hombre menciona tener un dolor en el pecho. Se hacen rondas de EFT, y reporta solamente una leve baja en su dolor. Especifica que siente que su corazón está *sucio* y no encuentra cómo *limpiarlo*, asegurando que él ni su madre han podido hacerlo. ¿Entonces quién o qué podría limpiarlo? Responde que una hija, por ser una persona muy importante para él en su cambio. Le pido que esa hija se vuelva pequeñita, entre en su corazón, saque lo negativo de ahí y pinte de otro color las paredes de su corazón, para finalmente llenarlo con nuevas cosas positivas. Todo esto lo hace el consultante colocando una mano en su corazón. Le da las gracias a su hija. Después, le pido que, si así lo acepta su voluntad, siguiendo con una mano posada en su corazón, incline su cabeza hacia este y haga una honra a su madre fallecida, a quien dice amar mucho y

que, sin embargo, desde hace muchos años no ha tenido un gesto como este. Con los ojos llorosos, asegura sentirse mejor. Antes de cerrar la sesión, realiza unos minutos de abrazo mariposa, concentrado en eso que dice sentirse mejor. Se continuará el proceso de duelo.

2.- En una cadena de energía, dijo mi esposa Brenda Mora: «Imagínense que de su corazón sale un rayo o una energía y lo dirigen hacia esa persona querida...».

2.- La meditación Gassho del Reiki con las manos en el corazón es una postura muy parecida a la que usa Silvia Hartmann al inicio y final del *Emotrance*.

3.-Cuando nació mi hijo Maximiliano lo tenían en una incubadora los primeros días, porque nació a los 8 meses de gestación. Según una enfermera y la médico que estaban ahí, no querían que yo lo tocara porque no tendría ningún efecto, lo consideraban un acto inútil y pérdida de tiempo. Insistí, y me permitieron un minuto, lo primero que hice fue tocarle el corazón con todo mi amor, en ese instante empezó a llorar de una manera que «recibió mi amor», la enfermera y la médico se sorprendieron, pero intentaron disimular (habían quedado en vergüenza).

4.- Un hombre que asesinó a su esposa, varios años después se sintió preparado para ofrecer una disculpa -hincado- a su esposa fallecida. Era la culminación de un diálogo imaginario. Al final de la sesión, aceptó darse un autoabrazo, con la barbilla tocando su corazón.

Referencias

Aguirre, Ana María (2019). "La Respiración del Corazón® y los Estados Ampliados de Conciencia. una técnica de la psicología transpersonal. La Hiperventilación después de Stanislav Grof". Recuperado de kindle

Braden, Gregg (2015). "Resiliencia desde el corazón". España: Sirio

Childre, Doc; McCraty, Rollin; Martin, Howard; y Rozman, Deborah (2017). "La inteligencia del corazón. Cómo conectar con la intuición del corazón". España: Obelisco

Childre, Doc (2010). "El estado de calma". instituto HeartMath. Recuperado de: http://www.heartmath.org/ease-nonenglish

Eden, Donna; y Feinstein, David (2011). "Medicina Energética: Manual para conseguir el equilibrio energético del cuerpo para una excelente salud, alegría y vitalidad". Edición en México: Obelisco.

Fonte, Jaime: Certificado como EFT Universe en EFT Nivel 1,2 y como practicante avanzado y expositor. Fundador de Tapping for Mexico. Es autor de los libros publicados en varios países; "El 80 por ciento de su sobrepeso está en su mente", "No estoy estresado" y "Nunca más estoy enojado": https://speakersmexico.com/conferencistas/jaime-fonte/

Hartmann, Silvia (2012). "Energy EFT". Reino Unido: Dragon Rising Publishing

Howard Martin | La inteligencia del corazón | TEDxSantaCruz. Video recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=A9kQBAH1nK4&ab_channel=TEDxTalks

Pearsall, P. (1998). The Heart's Code: Tapping the Wisdom and Power of Our Heart Energy.

Rollin McCraty, Ph.D. (2015). "Ciencia del Corazón. Explorando el Papel del Corazón en el de Rendimiento Humano". Volumen 2, en español. Recuperado de: https://www.heartmath.org/research/science-of-the-heart/#

Rollin McCraty; Doc Childre; Howard Martin y Deborah Rozman (2016). "Heart Intelligence: Connecting with the Intuitive Guidance of the Heart".

33.- EL CUERPO MAGNÉTICO Y LOS CHAKRAS

"Por azar, sea lo que sea que significa el azar, la Dra. Esther del Río hizo dos grandes descubrimientos: el primero (1968), que nuestros cuerpos están formados por una intrincada red de magnetitas que, en forma de imanes, conforman microcampos magnéticos.

El segundo (1968), que el agua que hay dentro del cuerpo no es agua 'normal' sino que tiene características de cristal óptico (cristal líquido).

En otras palabras, la doctora ha encontrado que somos auténticas antenas y que somos, literalmente luminosos."

Catalina Herrera

Esther del Río Serrano es una mexicana Química-Bióloga por parte del Instituto Politécnico Nacional de México. Estudió la Maestría en Ciencias en Biología Marina en la Universidad de Michigan, Estados Unidos; y más tarde realizó un doctorado en Ciencias, con especialidad Bioquímica, en la universidad de Córdoba, Argentina.

Ha sido profesora titular "C" en la categoría G-3 de investigador becario de tiempo completo en el I.P.N., y ha sido profesora de dicho instituto en enseñanza media superior, superior y posgrado.

Cuenta con 41 trabajos y 14 publicaciones. Ha participado en foros nacionales e internacionales dentro de los programas de la O.N.U y la F.A.O. Autora del libro: master de

postgrado: onda magnética, hipertemia y comunicación celular a través de cristales líquidos, editado por La fundación iberoamericana con sede en Barcelona España para la Unión Europea.

La Dra. Esther del Río, al estar trabajando en 1968 con tejido animal que se contaminaba inexplicablemente —por más cuidadosa que era—, observó en esas impurezas varias macromoléculas de óxido ferroso y férrico en forma piramidal, que luego serían vistas en la molécula de hemoglobina en la sangre, a lo que después se le conocerían como magnetitas. Estas macromoléculas de hierro son material biogénico —generado por los seres vivos—, investigación que fue concretizando hasta darla a conocer desde 1986 a través del Congreso de la Academia de Medicina y Homeopatía en México y en otros foros.

Otros investigadores, entre ellos Kirschbink, J.L. 1989-1992, logró observarlos a través de un microscopio electrónico de transmisión y difracción electrónica en el cerebro, otros investigadores han podido demostrar que se encuentra en todo el cuerpo.

Toda nuestra sangre está llena de estas pirámides, de manera permanente, tienen resonancia, vibración y energía electromagnética.

Se trata de una red ferroso-férrica que tiene corriente eléctrica y electromagnética. Calcula la Dra. Del Río que el cuerpo tiene cerca de 100 millones de estas partículas, llamándole Sistema ECOR o cuerpo electromagnético. Por lo que existe una geografía especial dentro de nuestro cuerpo en donde se ubican campos magnéticos, organizados y funcionales.

Debemos cuidar esta red magnética ya que protege a la bioquímica celular porque esta red es la responsable de producir energía electromagnética. "*La enfermedad ocurre* — explica la Dra. Del Río— *cuando esos imanes, que se encuentran en forma de óxido ferroso y óxido férrico, se desorientan o se destruyen y se produce una enfermedad*." Por eso, hay que evitar exponerse mucho tiempo —o estar muy cerca— de radiaciones y ondas de frecuencias dañinas como las presentes en teléfonos celulares, antenas electromagnéticas, quimioterapia, corrientes eléctricas de aparatos electrodomésticos y las geopatías (radiaciones electromagnéticas que emanan de la Tierra y que causan daños a personas, plantas y animales), etcétera.

La confirmación de la presencia de la red magnética se está comprobando (por ejemplo, Dr. Merril Garnett, 2001).

El medio en el que se da el Cofactor Extracelular de Óxido Reducción —ECOR por sus iniciales en inglés—, es decir en el que se transmite la energía entre los campos magnéticos y la célula, es el agua. Pero, y esto es lo trascendental, esa agua encargada de transmitir la información entre las células, no es agua en la forma normal que la conocemos, se trata en cambio, de agua cristal líquido que es un estado intermedio de la materia mesomórfico o coloide. Esta agua aunque es químicamente idéntica a la otra tiene sin embargo una cualidad, única, sus moléculas están organizadas en clatratos de 37 moléculas de

agua —(H2O)37— y podemos decir que el agua cristal líquido o *reinnoa* tiene las características del movimiento de los líquidos y las características ópticas de los cristales, es decir puede reaccionar a cualquier estímulo y transmitir longitudes de ondas, pero lo que la hace única es que guarda información o transmite información como unidad de memoria o microchips.

Nuestro cuerpo es una especie de gran computadora, en la que la información, especialmente la del cerebro, se transmite por medio de impulsos electromagnéticos, por lo tanto, es imprescindible que haya un medio o un líquido que permita la comunicación de longitudes de onda vibratoria.

El agua simple que tomamos todos los días sí sirve; pero para que sirva debe ser transformada en cristal líquido. Este proceso de transformación se lleva a cabo de manera natural en nuestras células.

Sin embargo, la doctora del Río ha encontrado que conforme las personas envejecen, las células van perdiendo la capacidad de transformar el agua. El proceso de la pérdida de esta capacidad inicia a edad temprana, disminuyendo progresivamente después de los 35 años. De bebés tenemos entre 70% y 80% de agua, que decrece a menos de 50% de agua cuando somos ancianos. Por eso el agua es un elemento crucial de nuestra composición.

El agua cristal líquido —clatrato— que organiza a las proteínas dentro del cuerpo y el colágeno que forma parte del tejido conjuntivo es lo primero que se desploma cuando se pierde la facultad de transformar el agua. Esto puede ser debido a una falla congénita o bien por la vejez de la célula de tal forma que todas las enfermedades de la colágena se pueden curar si se administra este tipo de agua clatrato. Esta agua es un líquido con las características ópticas de los cristales y transforma el rayo de luz en diferentes longitudes de onda.

Se ha encontrado que el agua clatrato es la más abundante, sin embargo, no es la única en el cerebro existe el agua cristal líquido de 3 unidades y en el corazón solo se encuentran 2 moléculas.

"***Somos parte de un tejido totalmente luminoso. Somos literalmente, luz***", declara la Dra. Esther del Río. Con aparato de rayos X modificado (con imanes) la doctora pudo observar que los centros magnéticos emanan pequeños puntos azulinofluorescentes, que se concentran en determinadas regiones del cuerpo. "***Hay una geografía totalmente establecida de electroimanes en el cuerpo***", "***Es interesantísimo que los centros de acumulaciones magnéticas que aparecen en las tomas de rayos X, coinciden perfectamente con las glándulas y con los llamados chakras hindúes; en la tradición ayurveda se supone que estos chakras son acumuladores de energía***". Cuando las glándulas son dobles la esfera magnética estará en medio; por investigaciones últimas se ha podido observar que la energía que en estas esferas se produce es una energía en vórtice, que se conduce de abajo hacia arriba.

Otro dato relevante es que en las radiografías se ve una clara salida de energía por la parte superior de la cabeza de las personas. Esto es totalmente acorde con las descripciones de muchos textos antiguos, que hasta ahora han carecido de relevancia para los investigadores. Las magnetitas reciben a su vez la energía magnética del centro de la Tierra, energía que atraviesa la línea media del cuerpo y sale por la coronilla de la cabeza.

En forma explicativa el cuerpo humano se puede dividir en 3 cuerpos, asegura la Doctora del Río:

A) ***Cuerpo magnético***: conformado por magnetitas y cristales líquidos y un eje central con 7 esferas magnéticas formadas por magnetitas más cercanas unas de otras que producen energía helicoidal por todo el centro del cuerpo a lo largo de la columna, conocidas como "Chakras".

B) ***Cuerpo bioquímico***.

C) ***Cuerpo mente***.

Cada "Chakra", cuya numeración es de abajo hacia arriba protege a las principales glándulas del cuerpo:

1.- Chakra asiento del alma, corresponde a las glándulas sexuales.

2.- Chakra de la espalda, corresponde a las glándulas suprarrenales.

3.- Chakra del plexo solar, entre el hígado y el páncreas (órganos y glándulas).

4.- Chakra del corazón, corresponde al timo.

5.- Chakra de la garganta, correspondiente a la tiroides.

6.- Chakra del tercer ojo, corresponde a la pineal.

7.- Chakra de la coronilla, corresponde a la hipófisis (estas dos últimas glándulas están correlacionadas y casi no se distingue una de otra por su ubicación y resonancia).

La salud es el equilibrio entre el cuerpo magnético y el cuerpo bioquímico. Afirmando Del Río que si sólo se corrige la parte bioquímica de la célula o del cuerpo y no se toma en cuenta el cuerpo magnético o sistema "ECOR" la enfermedad deteriorará progresivamente otras funciones.

En resumen, el cuerpo humano tiene la facultad de relacionarse con todo lo que le rodea mediante 5 sentidos (oído, vista, tacto, etc.) de la vida de relación y 7 más facultativos del desarrollo de la parte electromagnética de cada “chakra”, interconectada a la parte más espiritual de la conciencia superior.

La Dra. Del Río afirma que estos descubrimientos son, sin duda, la base científica en donde se apoyan todas las terapias integrativas conocidas como alternativas o complementarias como, por ejemplo, la acupuntura, la moxibustión, terapia de campos magnéticos, lasserpuntura, etcétera. Funcionan porque nosotros tenemos el sistema magnético cristal líquido y, en sí, la aguja utilizada en acupuntura es una bobina que genera campo magnético pulsante corrigiendo cualquier disturbio de nuestra energía

electromagnética localizada, así mismo el medicamento homeopático es de orden físico-cristal líquido siguiendo las leyes de los cristales líquidos. *Y así todas estas terapias alternativas interactúan corrigiendo disturbios del sistema magnético (ferroso-férrico)-cristal líquido.*

Las investigaciones de la doctora Del Río fueron valoradas por su aportación a la ciencia y así fue como la Universidad de Cambridge en Inglaterra, le otorgó el título de La Mujer Internacional del Año 1995-1996.

La Fundación *National Geographic* se interesó en sus investigaciones y la propuso para formar parte de la Academia de Ciencias de Nueva York, de la que es miembro activo desde 1994. Posteriormente, la misma *National Geographic* le da la Medalla de Oro por haber inventado la máquina que cambia la estructura molecular del agua para transformarla en Agua Cristal Líquido en 2007.

Breviario de variantes y complementos

A.- Cuerpo eléctrico.

¿Cómo produce el cuerpo la energía y cómo fluye a través del mismo? El Dr. Christian Hanisch (2020) afirma que, si se observa la forma de dos neuronas, entre las cuales existe una brecha o sinapsis, se nota que se asemejan a un componente que se utiliza en casi todos los dispositivos eléctricos: *un condensador*. ***De la misma manera se almacenan los traumas en el cerebro.*** El conocimiento de este efecto es utilizado por ***emotionSync*** para extinguir las energías eléctricas negativas que mantienen los problemas, por ejemplo, en forma de miedo.

Cualquiera que esté familiarizado con la electricidad sabe que ahora sólo falta un componente para crear un circuito eléctrico resonante: *una bobina*. Hay un componente en cada célula del cuerpo que realmente se parece a una bobina: el ADN. Bruce Lipton lo ve como una antena.

Dawson Church (2009), en su libro "*El genio en sus genes; la medicina energética y la nueva biología de la intención*" señala que "*Se entiende ahora que el tapping (EFT), el darse suaves golpecitos con los dedos, genera una carga piezoeléctrica que se*

transmite a través del tejido conectivo, a lo largo de las vías de menor resistencia eléctrica. Cuando esta carga va asociada con el recuerdo consciente de un trauma, y con la conciencia del lugar del cuerpo que alberga la memoria primaria del trauma, se activan los genes de inducción inmediata implícitos en la curación y se libera la tensión del sentimiento físico en ese lugar, lo cual se lleva consigo la tensión de la emoción relacionada con el trauma.

*La **piezoelectricidad** se genera por medios mecánicos: si se aplica presión sobre determinadas estructuras, éstas se polarizan en polos eléctricos positivo y negativo, y generan electricidad. El cuerpo humano es también un generador piezoeléctrico. La estructura cristalina de las moléculas de colágeno que constituyen el tejido conectivo tiene una destacada propiedad: la de ser un semiconductor de energía e información.*

Las propiedades eléctricas del tejido conectivo explican también por qué las células pueden comunicarse con una rapidez mucho mayor que la que permitiría la transmisión neuronal. Esta intercomunicación da cuenta, igualmente, de por qué dar golpecitos en determinadas partes del cuerpo (tapping – EFT), genera una señal piezoeléctrica que puede crear un efecto en una región distante del cuerpo".

B.- Manos electromagnéticas

Se ha descubierto que los terapeutas que practican Qigong y otras formas de sanación energética emanan grandes ***campos electromagnéticos*** de sus manos (Zimmerman, 1985).

C.- Chakras

Los chakras se describen como vórtices de energía arremolinados a lo largo del cuerpo que aparecen en los sitios de los principales órganos y centros nerviosos. *Si bien estas energías sutiles han eludido en gran medida los intentos de medirlas utilizando dispositivos electromagnéticos estándar, ocho personas que estaban muy sintonizadas con las energías del cuerpo dieron descripciones de los chakras de un individuo que se corroboraron entre sí y también se correspondieron con los patrones de onda del electromiógrafo (EMG) detectados por electrodos en la piel sobre la mancha que se estuvo observando* (Hunt V., 1978, citado por Feinstein, 2022).

Siete chakras principales están situados a lo largo de la columna vertebral, ubicados desde la base de la columna vertebral hasta la coronilla de la cabeza, extendiéndose desde la parte posterior hasta la parte delantera del cuerpo y hacia ambos lados. Según los informes, cada chakra tiene su propio tema (Eden, D., 2008). Se cree que los recuerdos y la comprensión sobre la supervivencia se almacenan no solo en el cerebro sino también en el "chakra raíz" en la base de la columna vertebral. Los relacionados con el poder y la identidad se almacenan en el chakra que se encuentra en el plexo solar. Las relativas a la expresión están en el chakra de la garganta; las percepciones y las percepciones extrasensoriales son dominio del sexto chakra (también conocido como el “tercer ojo”); las conexiones con fuerzas espirituales más grandes en el universo se atribuyen al chakra de la coronilla, en la parte superior de la cabeza.

D.- Subchakras

Se considera que cada chakra tiene subchakras, es decir, vórtices secundarios, los cuales son los siguientes:

Del Chakra 1: rodillas y pies.

Del chakra 3: riñón e hígado.

Del Chakra 4: manos y pulmones.

Del chakra 5: Timo y clavícula.

Del chakra 6: ojos y orejas.

Referencias

Becker, Robert O. y Seldon, Gary (1985). “El cuerpo eléctrico. Electromagnetismo y la fundación de vida”. Nueva York: William Morrow

Church, Dawson (2009). “The Genie in Your Genes. Epigenetic Medicine and the New Biology of Intention”. Second Edition. USA: Energy Psychology Press

Del Río, Esther, Dra. (2015). “Por las venas corre luz. Ciencia: el agua de tu ser”. Catalina Herrera: https://www.reinnoa.com/Descargas/revista

Del Río, Esther, Dra. y Dra. Esther Patricia Pérez del Río (2006). “Por las venas corre luz”. Entrevista de abril 2006: https://www.youtube.com/watch?v=AZ4p6LkvGvw

Eden Donna (2008). “Energy medicine”. New York: Tarcher Penguin Random House

Feinstein D. The Energy of Energy Psychology. OBM Integrative and Complementary Medicine 2022; 7(2): 015; doi:10.21926/obm.icm.2202015.

Garnett, Merrill; Jones, Bill; Garnett, Joy (2001). “First Pulse: A Personal Journey in Cancer Research”. Ed. First Pulse Projects, Inc.

Garnett, M., and J.L.Remo, Mesophase Interaction Between Biological Polymers, 200th Meeting of Electrochemical Society, San Francisco, Abstract No. 1132(2001)

Garnett, M. and J.L.Remo, DNA Reductase: A Synthetic Enzyme with Opportunist Clinical Activity Against Radiation Sickness, International Symposium on Applied Enzymes in Chemical and Biological Defense, DARPA, p.41(2001)

Hanisch, Christian; Willimzig, Claudia; y LaCroix, Jacques (2020). “Emotionsync (R) y EMDR+: La revolución en el coaching y la psicoterapia”. Editorial Bookas on Demand

Kirschvink JL, Kobayashi-Kirschvink A, Woodford BJ. Magnetite biomineralization in the human brain. Proc Natl Acad Sci U S A. 1992 Aug 15;89(16):7683-7. doi: 10.1073/pnas.89.16.7683.

Seto, A., et. al. (1992). Detection of extraordinarily large biomagnetic field strengt

Zimmerman, J. (1985). New technologies detect effects of healing hands. Brain Mind Bulletin.10:3, p. 136.

34.- HAVENING EL TOQUE DE SEGURIDAD

El Dr. Charles Figley (2011), editor de Psychosocial Stress Series, comenta que: "*El Dr. Ruden presenta una teoría neurobiológica sobre la efectividad de un tipo de terapia de exposición que implica volver a experimentar emocionalmente un trauma junto con estimulación sensorial. Esta teoría sintetiza la biología evolutiva con la investigación neurocientífica actual y proporciona una explicación del misterioso éxito de algunas terapias alternativas extrañas y aún controvertidas. Es importante destacar que ofrece sugerencias para reconocer los síntomas que podrían surgir de una traumatización y concluye que una vez reconocidos, un terapeuta debe buscar activamente su origen traumático para que el evento pueda recordarse y tratarse. El Dr. Ruden y otros creen que la capacidad de encontrar un refugio, mientras se experimenta un evento emocional intenso, es fundamental tanto para prevenir como para descodificar un recuerdo traumático. Es una terapia psicosensorial, usando información sensorial para alterar un cerebro emocionalmente traumatizado*".

Mientras estudiaba la neurociencia detrás de las terapias de tapping, el Dr. Ruden descubrió la terapia de 'Havening', verbo transitivo de la palabra ***refugio***, que significa ***poner en un lugar seguro***.

Havening tiene tres aspectos:

1. Recuerdo y activación de un núcleo emocional. Su propósito es encontrar el núcleo emocional para que pueda ser Havening. Ésta es la diferencia fundamental entre la psicoterapia y el Havening. Es un proceso que recrea parte o todo el momento de codificación traumático.

2. Distracción y/u otras aportaciones sensoriales. Para

desplazar el componente de la memoria de trabajo. Utilice sugerencias durante la parte de distracción del refugio; por ejemplo, mientras sube el tramo de escaleras, cada paso lo calma.

3. Toque de seguridad. Para engañar al cerebro haciéndole creer que se ha encontrado un refugio seguro. Ruden se basó en la dualidad placer-dolor de los recuerdos emocionales. ¿Qué áreas del cuerpo producen una sensación de seguridad? Creemos, y como ha sido mostrado por alguien más, son las áreas que entran en contacto regular con los padres. Estas áreas son la cara, la frente y la parte posterior de la cabeza, las manos y la parte superior de los brazos. El simple hecho de tomarse de la mano tiene poderosos efectos extrasensoriales. El toque cariñoso se mezcla con otras formas de toque, como el tapping.

Afirma el Dr. Ruden: "Es la respuesta extrasensorial a la información sensorial que efectúa el cambio en la terapia psicosensorial de Havening, en esta terapia el tacto produce el cambio. No es sólo el simple acto de tocar y la respuesta concomitante del cerebro lo que es terapéutico; es el significado que el cerebro atribuye al tacto lo que parece ser crítico". Ruden define una respuesta extrasensorial como aquella que surge espontáneamente de la entrada sensorial. No es sorprendente que la información sensorial pueda alterar el cerebro.

El toque positivo incluye acariciar, sostener, abrazar, tomar de la mano y brindar cuidados. Obviamente, en estos tiempos muchos clientes no permitirán ser abrazados o acariciados, por lo que se les puede pedir que se autoabracen y se acaricien de la manera en que se les indique.

La técnica que más se parece al havening es el masaje sueco. Las técnicas de masaje sueco incluyen golpes largos, amasamiento, fricción, golpeteo, percusión, vibración, fuerza y movimientos de agitación.

Al igual que las terapias de exposición, TFT, EFT, EMDR y Havening, utilizan una intervención inmediatamente después de la reexposición. Este período de tiempo es fundamental para el

éxito. Es cuando los receptores de glutamato están abiertos y sujetos a interrupciones. Las diferencias radican en los modos específicos y la frecuencia de tocar, tapping, movimientos oculares u otra estimulación sensorial, asegura el Dr. Ruden. Por cierto, la terapia 'Havening' retoma algunos elementos de las terapias TFT, EFT, EMDR, inducciones hipnóticas, mantralización y de la Teoría Polivagal de Porges.

Sin embargo, en EMDR y otras terapias, se le pide al cliente que se concentre permanentemente en el evento traumático; durante Havening, una vez que se activa el componente emocional traumático, el cliente solo atiende a las instrucciones dadas por el terapeuta.

Según lo que ha investigado Ruden, el toque seguro —aplicado por otra persona, autoaplicado o incluso viéndolo en otro, a través de las neuronas espejo— produce una sensación reconfortante, de sentirse seguro, no abandonado, y de somnolencia en onda cerebral delta. Después de Havening, el recuerdo ya no es un recuerdo traumático; ya no compromete la amígdala.

Si uno no puede encontrar fácilmente el núcleo emocional, a menudo resulta útil centrarse en un síntoma angustiante. Simplemente active la angustia que rodea al síntoma. Sea lo más específico posible al describir el síntoma, por ejemplo, el lado derecho de la parte superior de la espalda, antes de tener acceso a Havening.

Un evento traumático puede producir diversos problemas emotivos. Por ejemplo, las personas que han sufrido abusos sexuales experimentan ira, vergüenza y culpa. Cada una de estas emociones debe tratarse por separado. Además, a veces la ira también se dirige al padre que permitió que ocurriera el abuso. Usando técnicas cinestésicas y de respiración, un método simple para calmar a una persona agitada es hacer que se siente en una silla con los pies apoyados en el piso, las manos hacia arriba en el regazo, los hombros hacia abajo y la mandíbula floja, sonriendo — incluso un movimiento de los labios hacia arriba— y respirando lentamente por la nariz. Esta postura es lo opuesto físicamente a la rabia defensiva.

El protocolo de Havening

El componente terapéutico del proceso de Havening requiere que tanto la distracción como otras entradas sensoriales y el toque de seguridad se realicen inmediatamente después de la activación.

El Dr. Ruden usa una secuencia relativamente estándar, pero el terapeuta puede usar lo que crea que funciona mejor para el paciente. El cliente y el terapeuta están cómodamente sentados uno frente al otro, por lo que sus ojos están bastante alineados. Luego se le da al cliente un breve conjunto de instrucciones:

1. Una vez que empecemos, solo quiero que escuches el sonido de mi voz mientras te digo lo que necesito que hagas.

2. Después de traer el evento/síntoma a la conciencia y establecer un puntaje en la Escala de perturbación SUD —donde 10 es la puntuación de máximo malestar, y 0 la ausencia de malestar—, es importante mantener su mente enfocada en las tareas que tiene entre manos, o sea, ya no enfocado en el evento/síntoma.

3. Durante la sesión les pido que no hablen espontáneamente.

4. Entre las rondas de Havening, quiero que tus ojos permanezcan cerrados y que mires la parte posterior de tus párpados.

5. Si por alguna razón comienzas a sentirte incómodo, házmelo saber.

Tomando en cuenta los cinco pasos anteriores, después de recordar un componente traumático con los ojos cerrados, se obtiene la puntuación con la Escala SUD que el cliente se autocalifica. Entonces, el terapeuta empieza dando golpecitos alternados en la clavícula del cliente con ambas manos a ambos lados; lo que tiene un agradable sentido vibratorio. Mientras hace esto, le pide al cliente que abra los ojos, mire hacia la izquierda, hacia la derecha y haga un gran círculo, primero en un sentido y luego en el otro. Les pide que cierren los ojos y

cuenten lentamente (un número por segundo) del 1 al 20 en voz alta mientras visualmente se imaginan subiendo un tramo de escaleras, un número por cada paso.

Les instruye de la siguiente manera: "Mientras subes las escaleras, cada paso te hace sentir más relajado, y cuando llegas a la cima, te espera una hermosa vista". Esto activa el componente visual-espacial —imaginarse subiendo escaleras— de la memoria de trabajo. Luego les pido tararear una melodía para activar el componente fonológico de la memoria de trabajo. El ciclo de distracción visual-espacial y fonológica junto con diversas técnicas táctiles se repite con diferentes estímulos. Diferentes tareas, por ejemplo, visualizar lanzamientos de baloncesto, arrojar herraduras, subir escaleras o remar en un bote, y diferentes melodías, por ejemplo, "las mañanitas", etc. se utilizan con cada ronda. Se repiten varias rondas hasta que la puntuación de la Escala SUD autocalificada por el cliente llega a 0 o no se puede bajar más.

Finalmente, le pide al cliente que abra los ojos y que siga sui mano hasta las cuatro esquinas del campo visual. Les pido que cierren los ojos, respiren profundamente y luego digan ommmmm mientras exhalan. Sugiero que el cliente baje los hombros mientras yo —con su permiso— acaricio desde sus hombros hasta sus manos.

Durante el proceso, Ruden utiliza una voz algo monótona que nunca se apresura. Siempre está animado. Frases en el mismo tono no modulado, como "estás como en casa" y "estás excelente en esto”, se interponen mientras reconfortan y alivian con un toque seguro.

¿Hay estímulos que puedan hacernos sentir seguros de forma natural sin aprender? Ruden responde que sí y sugiere el olor a lavanda y a limón que nos hace menos ansiosos, también orden nos hace sentir más seguros. El refugio, el tacto en un entorno terapéutico, nos hace sentir tranquilos. Porque estos sentimientos surgen de vías intrínsecas, programadas al nacer, que nos hacen sentir seguros. Añade que también ayudan las respuestas condicionadas que se han emparejado con un estímulo sensorial, por ejemplo, el olor a sopa casera de pollo o el sonido de música popular familiar como la que se escuchaba en casa.

Ruden describe brevemente en su libro un caso de congestión nasal. Dice su cliente: “Me preguntaste sobre cuándo empezó. Les dije que comenzó después de que me golpeé la nariz con una cerca que salía del bosque después de estar asustado. Me hiciste recordar el evento y, aplicando un toque suave, me hiciste tararear una canción y contar del 1 al 20. Después de que terminaste, no podía creerlo, ¡siete años de congestión simplemente desaparecieron!”

Aunque esta terapia psicosensorial se centra en el refugio o sentirse seguro, que emplea el tacto, otros estímulos sensoriales también pueden producir respuestas extrasensoriales. Al igual que el tacto, las respuestas extrasensoriales al sonido, el gusto, el olfato y la vista pueden ser emocionantes o calmantes y pueden ser innatas o aprendidas. Para todos los animales vivos, depredadores y presas por igual, la existencia de respuestas extrasensoriales sugiere que son útiles para la supervivencia.

Referencias

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2020). “Más allá del tapping…AMSB”. Publicación Independiente en Kindle.

Ruden, Ronald A. (2011). When the past is always present. Emotional traumatization, causes, and cures. New York and Londres: Taylor & Francis.

35.- RESPIRA POR LA NARIZ

A veces creemos que sabemos todo sobre la respiración. **¿Sabías tú que respirar por la boca es antinatural y hasta crea problemas en los dientes, encías, labios, aparato respiratorio, cuello, mandíbula, cefaleas y huesos del rostro?** Yo tampoco lo sabía hasta hace unos años. No, respirar por la boca no es igual ni mejor que respirar por la nariz. No es porque lo afirme yo, lo dicen las investigaciones.

Savian y cols. (2021), Galetti (2016), Lee-Iannotti (2020), Hamann (2022), Cañelles López y cols. (2020), entre otros, han estado informando de los perjuicios que conlleva respirar por la boca, tanto despierto como dormido.

Lo natural —y recomendable— es **respirar por la nariz**. Cuando menciono respirar, me estoy refiriendo a los actos de inhalar y exhalar el aire. En ambos momentos, tenemos que hacerlo por la nariz.

Afirma Galetti: "Con la persistencia en el tiempo de la respiración bucal, este proceso que se inició casi imperceptiblemente, se transforma en un síndrome. Se genera lo que denominamos Síndrome del Respirador Bucal, SRB. Este síndrome, cuando permanece en el tiempo, produce alteraciones en nuestro cuerpo que van desde la planta de los pies hasta la posición de la cabeza.

Si observamos a tres niños, uno sin discapacidad declarada, una niña con síndrome de Rett y un niño con Síndrome Peri Silviano; los tres, a pesar de sus diferencias, son respiradores bucales y comparten características faciales similares: ojeras, mirada cansada, nariz hipo desarrollada, labios separados.

Por ser signos y síntomas propios y características del SRB instalado, cuando los observamos en un niño con una discapacidad, las podemos reconocer y tratar. Porque sí se puede tratar el síndrome del respirador bucal: es curable".

A nivel mundial, el síndrome del respirador bucal afecta a lactantes, niños y adultos indistintamente, con o sin discapacidad.

Las ventajas sanitarias de respirar por la nariz, que no se encuentran en la respiración bucal, son: mayor hidratación; los senos paranasales producen óxido nítrico, lo que facilita la circulación de oxígeno por todo el cuerpo, ayuda a los pulmones a absorber oxígeno, relaja los músculos y permite que los vasos sanguíneos se dilaten. Dentro de la nariz hay cilios o vibrisas que retienen las partículas de polvo. Por la presencia de la enzima lisozima, los microorganismos son eliminados ahí. El aire nasal llega a los pulmones ya filtrado, caliente y estéril. La nariz también participa en la función termorreguladora general del organismo al modificar la temperatura del aire ingresado. Finalmente, la entrada del aire por la nariz deriva en un buen intercambio gaseoso con los alveolos pulmonares.

Respirar por la boca de manera frecuente puede deberse a factores genéticos, malos hábitos orales u obstrucción nasal como presencia de pólipos nasales, desviación del tabique nasal, hipertrofia de cornetes o amígdalas, sinusitis, rinitis, alergias e infecciones respiratorias, condiciones climáticas o hasta una inadecuada posición para dormir.

En una encuesta hecha por Galetti en un colegio escolar de Argentina, mostró que el 40 por ciento de las personas tienen problemas para respirar correctamente por nariz, que roncan, tienen apnea del sueño o tienen alguna otra patología como alergias que le impide usar correctamente la nariz para respirar.

El objetivo de la respiración es la oxigenación de los tejidos y la depuración de los mismos a través de la sangre y de los pulmones. Y el impulso a la respiración no surge realmente por una carencia de oxígeno, sino por un aparente exceso de dióxido de carbono que se necesita expulsar. *Los pulmones*

necesitan un breve tiempo para absorber y metabolizar estos gases, **por eso parece mucho más importante respirar despacio que hacerlo profundamente**.

Respirar por la boca conduce a la hiperventilación, que es una toma brusca de aire, ocasionando respiración superficial que activa el sistema nervioso simpático. **Por eso, la respiración debe empezar por la nariz, no por la boca**. Si respirar deprisa se relaciona con estados de ansiedad y agitación —asociados al sistema nervioso simpático—, hacerlo despacio se asocia a calma y tranquilidad del sistema nervioso parasimpático del nervio vago. Conviene ir bajando la velocidad de manera progresiva, o sea, respirar cada vez más lenta y profundamente de forma gradual, tanto en la toma de aire como en la expulsión de este.

Porges (2021) **refiere que los cambios en los patrones de respiración son quizás las manipulaciones potentes más accesibles de la salida del nervio vago mielinizado**. La investigación documenta que la respiración bloquea la influencia del vago en el corazón (ver Eckberg, 2003). La inhibición vagal del marcapasos del corazón se potencia durante la exhalación y se amortigua durante la inhalación. Por lo tanto, **tanto la duración de la exhalación como la relación inhalación/exhalación son fundamentales para manipular el "calma" funcional del nervio vago en el corazón.** *Los rituales como los cantos requieren* ***extender la duración de la exhalación en relación con la inhalación****. Además, a medida que las frases de los cantos se hacen más largas, los parámetros de la respiración se ajustan espontáneamente para proporcionar un volumen suficiente de aire y los movimientos respiratorios se expanden desde el pecho hacia el abdomen. Con la respiración abdominal, el diafragma se empuja activamente hacia abajo. Esta acción estimula los aferentes vagales, que influyen funcionalmente en el flujo de salida vagal hacia el corazón.* **La manipulación de la respiración durante los cantos y la meditación proporciona un mecanismo potente para regular la actividad eferente vagal**. Así, en estos rituales, optimizar las estrategias de respiración para ejercer influencia vagal sobre el corazón.

En Gimnasia Cerebral (Brain Gym), Los Dennison sugieren practicar la respiración abdominal o diafragmática para

estimular el Enraizamiento y la coordinación del cuerpo en su parte inferior.

Pranayamas

La maestra en yoga, Leah Sugerman (2022) menciona que el pranayama es una forma realmente rápida y eficaz de influir en el sistema nervioso autónomo. De hecho, lo afectamos en la variabilidad del ritmo cardíaco con cada respiración.

Como una parte del nervio vago pasa por la laringe y el diafragma, la respiración también afecta el tono vagal —la medida de actividad de nuestro nervio vago—. El nervio vago tiene muchas fibras parasimpáticas, por eso, cuanta más estimulación recibe, más se activa este sistema nervioso.

Ciertas técnicas de respiración —como prolongar la exhalación— están especialmente asociadas al sistema parasimpático y pueden ayudar a que nuestro cuerpo entre en respuesta parasimpática de "descanso y digestión". A su vez, enfatizar la inhalación ayuda a lograr el efecto contrario, o sea, una inhalación enérgica activa el sistema nervioso simpático, el que actúa cuando se siente amenazado o estresado.

El Dr. Pedro L. González menciona que hay una técnica yóguica concreta, la **respiración por las fosas nasales alternas** (o Nadi Shodhana). En la respiración nasal alterna, se aísla primero la fosa nasal derecha, que se conecta al canal Pingala Nadi (asociado al principio yang y a lo activo), y luego la fosa nasal izquierda, que se conecta al Ida Nadi (ligado al yin y a la quietud). Se cree que la respiración alternada entre las dos fosas nasales promueve el **equilibrio de la persona a través de los dos Nadis, que podrían compararse al sistema nervioso simpático y parasimpático**.

De los 11 sistemas que tiene el cuerpo humano, solamente podemos controlar conscientemente uno: el respiratorio. *Y el bostezar es una adecuada señal que nos indica que se está activando nuestro sistema nervioso parasimpático* —el pasivo, diría F. Suárez— relajando nuestro sistema nervioso autónomo. Lo cual también aplica cuando se está interviniendo

con alguna técnica de psicología energética.

Además, en su episodio 1784 videograbado en You Tube, Frank Suárez afirma que, platicando con un maestro espiritual de Ayurveda, este le dijo que lo más usado en esta medicina hindú es la respiración, por encima del yoga y la meditación.

En otro de sus videos, Suárez expone que el truco de la respiración radica en que la inhalación rápida activa el sistema nervioso simpático, mientras que la exhalación se relaciona con el parasimpático, por lo que esta tiene que ser más duradera, recomendando que la exhalación dure el doble que la inhalación, ver aquí: https://youtu.be/tIk2gScIoaQ

Finalmente, el sistema nervioso simpático está asociado con estados de alerta, con mayor frecuencia cardiaca y el cuerpo preparado para la lucha o la huida. Por el contrario, el sistema nervioso parasimpático se vincula a estados de relajación, bienestar y recuperación, importantísimos para la reparación del sistema inmune**. ¿Cuál es tu objetivo en determinado momento, estar alerta o estar relajado?** Y si buscas un equilibrio, pues utilizar ambas fosas nasales, siendo el pranayama —respiración alternada— una opción consciente.

Ejercicios de respiración para el sistema nervioso autónomo

Gunilla y Sandström (2021) en su libro sobre la técnica TTT afirman que la respiración es tu comunicación directa con el sistema nervioso. Porque pertenece a las funciones que maneja el Sistema Nervioso Autónomo sin que tengas que pensarlo.

"***La forma de llegar a tu —nervio ventral— vago es a través de tu cuerpo, con técnicas como, por ejemplo, TTT, Havening o técnicas de respiración, y por supuesto cualquier otra actividad corporal como el ejercicio, la danza, el yoga, el canto***".

Agregan que, en general, es mejor respirar por la nariz para humedecer el aire. Tu respiración te permite cambiar tu estado de cuerpo y mente. Por eso existen muchos ejercicios de respiración, sobre todo dentro de la tradición del Yoga, la Meditación y el Mindfulness.

Cuando hay hombros altos y respiración alta, superficial y rápida, sudoración, miedo y pensamientos pesimistas o catastróficos son resultados de estar en respuesta de lucha o escape, o sea, bajo la influencia del sistema nervioso simpático. Cuando estamos en extrema tensión, como cuando se activa la respuesta de lucha o huida, la parte de la corteza frontal —que es la parte de nuestro cerebro donde se encuentra el pensamiento lógico, reflexivo y estratégico— puede apagarse, lo que se relaciona con el "*secuestro de la amígdala*". En estado de lucha-huida, estaremos hipervigilantes; hiperreactivos, tensos y nerviosos por la sobre-excitación del sistema nervioso simpático. Los ejercicios de respiración relajante —además de Tapping, Havening y el ejercicio del Tirón de la Corona— nos ayudarán a regresar a nuestra ventana de tolerancia.

Gunilla y Sandström encontraron útiles las siguientes técnicas de respiración para volver a la homeostasis, nuestra ventana de tolerancia afectiva.

Respiración Alpha-Theta

Esta respiración es eficiente y tendrá un efecto calmante. También es la respiración que usamos entre ambas rondas de tapping y después. Se llama Respiración Alpha-Theta porque nos lleva a un estado con ondas cerebrales Alpha y Theta más lentas y meditativas. Ha sido descrita por el Dr. Fred Gallo.

Tomar el control de su respiración y asegurarse de exhalar más lentamente de lo que inhala para reducir la actividad de su Sistema Nervioso Simpático (acción, estrés y respuesta de lucha o huida). Mejorará la actividad del Sistema Nervioso Parasimpático que es para el descanso y el rejuvenecimiento. Dos respiraciones son suficientes y tres pueden ser mágicas.

1. Tome una respiración rápida y profunda inflando el diafragma y empezando por la nariz.

2. Aguanta la respiración ligeramente durante un par de segundos sin taponarte la garganta o la glotis. Fíjate cómo te sientes.

3. Deja salir el aire a través de los labios sueltos, como un profundo suspiro. Permita que sus hombros caigan. Observe la sensación justo después de dejar salir el aire, antes de empezar a respirar de nuevo.

4. Repita 2 o 3 veces.

Respiración activa para cancelar congelamiento

Si somos empujados a congelarnos o a entrar en estado de *shock*, experimentaremos impotencia, apatía, falta de energía, síntomas de desesperación y desesperanza, e incapacidad para actuar, por la acción del nervio parasimpático vagal-dorsal. Esto es hipo-excitación, muchas veces con hombros bajos y respiración baja y lenta que puede empujarnos aún más hacia un estado aún más deprimente. Por lo que aquí es mejor hacer la respiración activa 4-4-4-4:

Golpea tu pecho con un ritmo constante (como "gorilla tapping"). Y al mismo tiempo:

1. Inhala contando hasta 4.

2. Aguanta la respiración mientras cuenta hasta 4.

3. Exhala contando hasta 4.

4. Aguante la respiración mientras cuenta hasta 4. Repita de 3 a 5 veces o hasta que se sienta tranquilo.

El patrón de respiración 4-4-4-4 descrito anteriormente se llama Respiración de Caja o Respiración Táctica, y es una forma eficiente de estabilizar el sistema nervioso. Es enseñado y utilizado por, por ejemplo, los *Primeros Respondedores*. Elegimos combinarlo con "*Gorilla Tapping*" en esta técnica rápida para obtener más efecto.

Una poderosa manera de acceder rápidamente al parasimpático es respirando a través de la narina izquierda, que influencia también al hemisferio cerebral derecho. Al tiempo que se respira con la narina izquierda, se tiene tapada la narina derecha —con un dedo de la mano—. Esta acción, se tiene que hacer simultáneamente con la lengua en el paladar

blando, o sea, en la parte trasera de la boca donde no está el hueso maxilar.

Apnea, ansiedad y sexo

La interrupción de la respiración (apnea) se observa frecuentemente cuando nos asustamos, cuando algo nos impresiona o sorprende, al leer un correo electrónico, al escuchar un veredicto, ante el dolor físico o el psicológico, o cuando nos preocupamos o tratamos de resolver algo. Hay niños y adultos que a veces juegan peligrosamente a retener la respiración. **Aguantar o cortar de esta forma la respiración activa el sistema nervioso simpático**, disparando el ritmo cardiaco y provocando que el equilibrio entre el oxígeno, el dióxido de carbono, y el óxido nítrico se altere, perjudicándonos. También existe la apnea del sueño, en que la persona contiene la respiración de manera involuntaria. Los eyaculadores precoces tienden a contener o aguantar la respiración durante el coito, lo que aumenta la ansiedad, otros aguantan la respiración durante el orgasmo, exponiéndose a una hemorragia en los vasos sanguíneos de los ojos, como ya ha pasado a algunas personas. Por eso, para prolongar la relación sexual se recomienda mantener una respiración lenta, profunda y pausada. Esto ayudará a concentrarse en las sensaciones y en el presente.

Respiración para volver a la neutralidad emocional

Este ejercicio de Susan Bloch con respiración es fundamentalmente para recuperar nuestro centro nuestro eje y asegurarnos así que sabemos volver a ese estado lo más neutral posible.

1.- Empieza poniéndote de pie pies paralelos separados por una distancia similar a la cadera. La columna recta y el cuerpo alineado en un eje imaginario que pasa por la columna y sale por la coronilla. La barbilla como apoyada en una repisa invisible.

2.-Y para encontrar más ese centro vas a balancearte, vas a apoyar tu peso sobre la pierna derecha muy suavemente y

luego sobre la izquierda para encontrar mejor ese eje.

3.- Abre los ojos con la mirada relajada y fijada en un punto a la altura del horizonte.

4.- Inhala por la nariz para una respiración abdominal, esta inhalación la vas a sincronizar con la elevación de las manos entrelazadas, desde el abdomen hasta atrás de la cabeza, sin tocar los hombros, el cuello ni ninguna otra parte.

5.- Luego, ahí te vas a detener dos o tres segundos y vas a sincronizar la exhalación, soltando todo el aire, suave y profundo y como si estuvieses apagando una velita. Simultáneamente, bajas los brazos y manos entrelazadas hasta la pelvis. Así, durante tres veces, sin pensar ni mover el cuello ni la cabeza, y al final vas a sacudir el cuerpo, vas a saltar para que salgan todos los restos de tensión y de emoción que hayan podido quedar y, finalmente, vas a frotar suavemente las manos para que con esa energía masajearte la cara tratando de sacar de todas las partes restos de tensión y emoción.

Breviario de casos y variantes

A.- Adolescente de 11 años de edad, con antecedentes de comportarse renuente con varios psicólogos y psicólogas.

Recibo al adolescente, usando rapport verbal y no verbal, con reflejo directo y cruzado, además de reflejar su respiración (la noto en sus hombros). Richard Bandler ha mencionado que reflejar la respiración en una de las maneras más discretas de entablar rapport con alguien, y muchas de las veces no lo notan.

B.- Respiraciones poderosas según la PNL.

Bandler y Grinder (2003) encontraron que los cambios respiratorios constituyen un indicador poderoso y un mecanismo de acceso para estados sensoriales específicos.

1.- ***Respiración alta y superficial en el pecho*** (o suspensión momentánea de la respiración) acompaña y accesa atención visual.

2.- ***Respiración total y profunda en el área baja del estómago*** indica acceso kinestésico.

3.- ***Respiración armónica en el diafragma o con todo el pecho***, comúnmente acompañada de algo así como una exhalación prolongada (como si uno hablara sin mover la boca para hacer las palabras), acompañará diálogo interno.

Estos patrones de respiración accesan la atención dentro de los sistemas representacionales, tanto internos como externos.

C.- Respiración polivagal.

La "respiración polivagal", o lo que Porges llama respiración adecuada o parasimpática a través de la nariz— extender la duración de la exhalación en relación con la inhalación— se puede combinar simultáneamente con una o más de las siguientes posturas, acupresión, masaje, giros o tapping en estos puntos o zonas:

1.- PK (Punto Kárate) de la mano izquierda o derecha.

2.- PG (Punto Gamas) de la mano izquierda o derecha.

3.- 4IG (Punto 4 Intestino Grueso) de la mano izquierda o derecha.

4.- PH (Punto Hara): 3 centímetros bajo el ombligo

5.- Timo (Acupunto 20VC, bajo el centro de la intersección de las clavículas).

6.- R27 (Puntos Riñón 27) izquierda/derecha bajo las clavículas.

7.- IG20 (Punto 20 del Intestino Grueso) izquierdo y derecho, a los lados de las narinas.

8.- Lengua en el paladar superior de la parte trasera.

9.- Colocar una mano en el hombro contralateral, halando el músculo trapecio.

10.- V1 (Punto 1 de la Vejiga) en el nacimiento interior de los ojos.

11.- Alternar segundos o minutos de ojos cerrados y luego abiertos.

D.- Técnica Ojos en Blanco Elaborada (EER)

Una variación útil de la técnica *ojo en blanco* es el ojo en blanco elaborado (EER). Esto simplemente implica hacer tapping en el punto de gama e inhalar profundamente mientras sus ojos miran el suelo frente a usted y entonces sube su mirada hasta que sus ojos apunten al techo en dirección de su coronilla o cenit. Entonces, después de unos 8 segundos de retener el aire, bajar su mirada hacia la altura de su frente y luego cerrar los ojos mientras exhala y se relaja. En este punto, dejar de hacerse tapping y comprobar el nivel de la escala subjetiva SUD. Nuevamente, una o dos rondas de EER generalmente reducen el nivel de SUD a cero o estabilizan los resultados (Gallo, 2022).

Referencias

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Cañelles López, Matilde; Jiménez Sarmiento, María Mercedes; y Campillo Nuria Eugenia, del Instituto de Filosofía (IFS-CSIC); y del Centro de Investigaciones Biológicas Salas, Margarita (CIB-CSIC) en España (2020). The Conversation. Recuperado de: https://www.bbc.com/mundo/noticias-64642950

Dilts, R., Grinder, J., Delozier, J., and Bandler, R. (2003). Programación neurolingüística: Volumen I: El estudio de la estructura de la experiencia subjetiva. México: Editorial Khaos

Encuesta de salud oral en 2020 realizada por la Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Recuperado de: https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espaa-2020

Friedländer, Itamar Michael. "Respirar por la boca: Las causas, consecuencias y tratamientos en la edad infantil". 20 febrero 2020. Clínica Dental Friedländer. Recuperado de: https://www.clinicafriedlander.com/respirar-por-la-boca/

Galetti, Silvia Cristina (2016). "Respirar por la boca: consecuencias, prevención y tratamiento". Fundación Iberoamericana Down21. 3ª edición: España. Recuperado de: https://www.down21.org/libros-online/respirarporlaboca/respirar_por_la_boca_down21.pdf

Gallo, Fred P. (2022). The Tapping Toolbox: Simple Body-Based Techniques to Relieve Stress, Anxiety, Depression, Trauma, Pain, and More. PESI Publishing, Inc.

Gunilla, Hamne y Sandström, Ulf (2021). “Trauma Tapping Technique. A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery”. 2ª edition revised. Ed. Peaceful heart publishing: https://peacefulheart.se/wp-content/uploads/2021/02/Trauma-Tapping-Technique-Review-Copy-2021-.pdf

González, Pedro L., Dr. (2022). Qué es la respiración alterna en yoga: https://www.axahealthkeeper.com/blog/que-es-la-respiracion-nasal-alterna-en-yoga/

Hof, Wim y Pareja, Alejandro (2021). El método Wim Hof: Trasciende tus límites, activa todo tu potencial. España: Gaia

Kox, Matthijs et al. “Voluntary activation of the sympathetic nervous system and attenuation of the innate immune response in humans.” Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America vol. 111,20 (2014): 7379-84. doi:10.1073/pnas.1322174111

Lin L, Zhao T, Qin D, Hua F and He H (2022) The impact of mouth breathing on dentofacial development: A concise review. Front. Public Health 10:929165. doi: 10.3389/fpubh.2022.929165

Longlove, Mann (2019), “Hombre, Retrasa El Orgasmo Controlando Tu Respiración”. Publicación independiente. Recuperado de Kindle

Método Wim Hof: Entrenamiento para escalar con frío. Recuperado de:

https://www.pasoclave.com/metodo-wim-hof-frio-escalada/

Porges, S.W. (2021) Ancient Rituals, Contemplative Practices and Vagal Pathways. In J. Gordon-Lennox (Ed.) Coping Ritual in Fearful Times: An Unexplored Resource for Healing Trauma. Springer Nature, Cham, Switzerland.

Plática breve sobre mi libro ‘Teoría Polivagal Práctica y Terapia’:

https://www.youtube.com/watch?v=Cx89Tv7QhEo&t=293s

Premio a Beth Hamann:

https://www.facebook.com/AgaveDental/photos/a.3340188519380085/5012286335503620/?type=3

Puducherry. S Kalaivani, M J Kumari, G K Pal. J. Effect of alternate nostril breathing exercise on blood pressure, heart rate, and rate pressure product among patients with hypertension in JIPMER, Educ Health Promot. 2019 Jul 29. Doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_32_19

Respiración de la clavícula:

https://www.youtube.com/watch?v=pNBHeOR-euo&ab_channel=SophieWeberEFT

Savian, C.M., Bolsson, G.B., Botton, G. et al. Do breastfed children have a lower chance of developing mouth breathing? A systematic review and meta-analysis. Clin Oral Invest 25, 1641–1654 (2021). https://doi.org/10.1007/s00784-021-03791-1

Sugerman, Leah (2022). El efecto del yoga en nuestro sistema nervioso: https://yogainternational.com/es/article/view/el-efecto-del-yoga-en-nuestro-sistema-nervioso

Wim Hof: Tutorial de la respiración Wim Hof. Video recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=bpqq_6KRazk&ab_channel=Espa%C3%B1ol-M%C3%A9todoWimHof

36.- RETENER PARA ACELERAR ENERGÍA

El proceso respiratorio es regulado desde el bulbo raquídeo, el cual está en el cerebro más primitivo del ser humano, es decir, en el cerebro reptiliano. Y está protegido por el mecanismo autorregulador del nervio vago (Sambrano, 2000).

El músculo esencial de la respiración es el diafragma, que separa la cavidad torácica de la abdominal, y es un músculo en forma de cúpula que se entrelaza con el plexo nervioso solar.

La respiración nasal favorece la respiración diafragmática o baja. La respiración bucal favorece la respiración del tórax —torácica— en la parte alta o media.

Los yoguis de la India han considerado que la respiración más completa es la que integra todo el aparato respiratorio en lo diafragmático y lo torácico, respirando principalmente por la nariz.

La respiración consta de tres principales fases: la inhalación, la retención y la exhalación. Es decir, tomar aire, retenerlo y expulsarlo.

En occidente no se le ha dado importancia a la **fase de retención**. En cambio, para los orientales es uno de los grandes secretos y aprovechan la retención tanto en la fase inmediata a la toma de aire como al momento de haber exhalado y estar sin aire los pulmones. De hecho, en la India, los yoguis tienen prácticas especiales para las retenciones, que les llaman **Bandhas**, tema que se explicará líneas más abajo.

Después de la inhalación, cuando retenemos el aire, aumentan los niveles de oxígeno y bajan los niveles de dióxido de carbono, creándose una *alcalosis respiratoria,* un estado en

el que los vasos sanguíneos se contraen y no llega suficiente sangre al cerebro, se producen mareos, calambres o taquicardia. Algo parecido sucede cuando hiperventilamos. Y es importante informar que la alcalosis respiratoria inducida no es amenaza para la vida de quien lo practica, excepto de quienes padezcan afecciones respiratorias o del corazón, quienes tienen que asesorarse con un médico.

Cuando retenemos la respiración inmediatamente después de la exhalación, bajan los niveles de oxígeno (**hipoxia**) y aumentan los niveles de dióxido de carbono.

La **hipoxia intermitente**, como práctica, tiene efectos inmediatos y a medio plazo, por ejemplo:

1.- Activa la **autofagia**, el proceso por el que las células se libran de piezas defectuosas, produciéndose una verdadera limpieza y efecto protector contra la inflamación, las enfermedades autoinmunes y el cáncer (Glick D y cols., 2010).

2.- Se genera una respuesta hematológica de glóbulos rojos extra: erythropoietin (EPO), lo cual es muy benéfico para atletas en competencias exigentes como natación, ciclismo de montaña, rugby, escaladores de montañas, atletas de carreras, entre otras. Esto aumenta la fuerza debido a una adaptación neuromuscular: los nervios mandan señales más potentes como compensación por la falta de oxígeno en los músculos (Płoszczyca K y cols., 2018; Fornasier-Santos C y cols., 2018; Trincat L y cols., 2017).

3.- Induce **apoptosis** (muerte celular) de las células cancerosas a través de la proteína p53 que se encarga de suprimir los tumores (Leszczynska KB y cols., 2015).

4.- El dióxido de carbono **protege las neuronas** cuando hay bajos niveles de oxígeno, lo cual tiene importancia en el caso de los bebés recién nacidos (Vannucci RC y cols., 1995).

5.- El dióxido de carbono produce **relajación**, por lo que disminuye la ansiedad (Krnjevic K y cols., 1965).

Dentro de la **respiración Wim Hof** se practica la hiperventilación y la retención al final de la respiración, de acuerdo a estos pasos:

1.- Hacer 30 respiraciones profundas con la boca semi abierta, lo que provocan una ligera hiperventilación y mareo.

2.- Tras la última espiración, *dejar de respirar con los pulmones vacíos*, tanto tiempo como sea posible

3.- Cuando se sienta urgencia por respirar, realizar una sola inspiración profunda y *aguantar la respiración unos 15 segundos*, para devolver el oxígeno a la sangre.

4.- Repetir tres o cuatro veces este ciclo de tres pasos.

Bandhas de Yoga: la retención desde hace miles de años

Una ***Bandha*** —derivado del idioma sánscrito— es una "cerradura energética" en el cuerpo a través de una contracción muscular, en los ***pranayamas*** y en el *Hatha Yoga*. Estimulan la fluidez de la energía vital o ***prana*** en el canal central (sushumna nadi) que, al generar un sello, evita que haya fugas de energía en los nadis y chakras, según el sistema hindú.

La palabra Pranayama se compone en sánscrito de las palabras **prana**: "respiración" y **yama**: "control", por lo tanto, Pranayama significa literalmente "control de la respiración", cuyo objetivo es hacer que el prana (la energía vital) fluya en nuestro cuerpo energético. Esto aparece ya en el libro de los *Yoga Sutras*, texto básico del yoga con más de 2000 años de antigüedad.

El pranayama consta de las siguientes fases:

Puraka: inhalación.

Rechaka: exhalación.

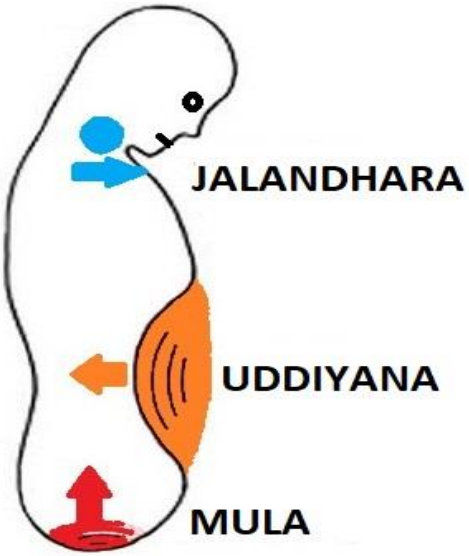
Antar Kumbhaka: retención, con aire en los pulmones, después de la inhalación.

Bahya Kumbhaka: retención, sin aire en los pulmones, después de la exhalación.

En la realización de pranayama hay que tener muy presente ***el papel de "Kumbhaka"***, ya que durante la retención de aire las energías se equilibran dando lugar a un aumento del prana, lo que induce a la mente a entrar en un estado de conciencia más profundo. Además, sobre la retención se produce un efecto activador en la ***kundalini***, la energía que tenemos en "letargo" en la base de la columna y que al despertarla debe ascender hasta el último chakra —7 o coronilla—donde se producirá el Samadhi, un estado de supraconsciènica e iluminación que nos lleva a la unión con la energía del universo.

Para realizar los tipos de pranayama deberemos utilizar **Nasagra mudra o mudra de la nariz**, el cual permite regular la respiración a través de las dos fosas nasales. Este mudra se puede realizar de la siguiente manera:

Coloca la mano derecha delante de la cara y deja las yemas de los dedos índice y corazón apoyadas en el entrecejo. El pulgar queda al lado de la fosa nasal derecha para poder taparla y el anular junto a la fosa nasal izquierda. El dedo meñique queda junto al anular. Con el dedo anular taparemos, cuando sea necesario, la fosa nasal izquierda. Así cuando realicemos el ejercicio de pranayama, taparemos la fosa nasal derecha con el dedo pulgar para poder respirar por la izquierda, y cuando respiremos por la derecha, el dedo anular tapará la fosa izquierda. Durante la retención cerraremos ambas fosas con los dedos pulgar y anular.



LAS 3 BANDHAS

Hay 3 bandhas mayores que pueden practicarse de forma separada y luego de manera conjunta**.**

1.- Jalandhara Bandha

El primero de los bandhas de yoga es Jalandhara bandha, el cierre de la garganta. Este coincide con el chakra de la comunicación o *Vissudha, el quinto chakra*.

Este bandha se aplica a través del movimiento del mentón hacia el pecho, elongando la zona cervical y creando un cierre en la garganta. *Puede aplicarse también junto con la presión de la lengua plana hacia el paladar superior*. Se puede practicar mediante la retención de la respiración en lleno (*antara kumbhaka*) o en vacío (*bahya kumbhaka*).

2.- Uddiyana Bandha

Segundo bandha. Su aplicación consiste en una absorción del espacio abdominal en suspensión externa (*sin aire en los pulmones, o sea, en bahya kumbhaka*).

Uddiyana en sánscrito significa elevarse y es que la práctica de este bandha consta en elevar el diafragma generando un vacío abdominal, absorbiendo los órganos internos, de forma que ascienden.

Uddiyana bandha puede practicarse tanto de pie como sentado, pero siempre es recomendable practicarlo con el estómago vacío o en ayunas. Y se practica preferentemente en pranayamas.

3.- Mula bandha

Y, por último, Mula bandha, el cierre energético del perineo o suelo pélvico, que nos ayuda a elevar la energía o *prana* y mantenerla sellada en el canal central *Sushumna Nadi*.

La palabra *mula* en sánscrito significa raíz, por lo tanto, Mula Bandha es el cierre de raíz a través del cual se activa y equilibra también el *chakra raíz Muladhara*.

Se practica tanto mediante la retención de la respiración en lleno (antara kumbhaka) o en vacío (bahya kumbhaka), pero es necesario aplicarlo de forma suave, sin tensión, con los glúteos relajados y las piernas livianas. Unas de las mejores posiciones para esta bandha es la clásica postura *flor de loto* y el estar sentado.

Contraindicaciones de los bandhas:

Los bandhas están contraindicados, o sea, no practicarse— en caso de embarazo, de trastornos de presión arterial, enfermedad o afección digestiva y en problemas pulmonares y cardíacos.

Breviario de casos y variantes

A.- FOSAS NASALES Y BANDHAS

Las bandhas se pueden combinar con respiraciones de una o ambas fosas nasales. Recordando que respirar por la fosa nasal izquierda nos lleva a relajarnos y recuperarnos por la

acción del sistema nervioso parasimpático; mientras que la respiración por la fosa derecha nos activa la alerta por el sistema nervioso simpático. Ambas funciones son importantes, dependiendo el objetivo y el contexto en que nos encontremos. No será lo mismo que estemos descansando en nuestra casa a que estemos a punto de realizar un trabajo o un deporte.

B.- BANDHAS PARA ACELERAR OTRAS TÉCNICAS

Si buscamos aplicaciones prácticas para el uso de las bandhas nos daremos cuenta que hay muchas: acelerar el mindfulness; encontrar sensaciones sentidas de una manera más rápida y clara; relajarse más fácilmente; y será útil como preparación de técnicas de movimientos oculares y energéticos. De igual manera, las bandhas serán útiles para fortalecer técnicas como Soltar!, de Andrade y Navatta, (2020). Otra variante es que, mientras se realice alguna banda, ladear la cabeza hacia el lado que la inclinamos cuando nos da sueño.

Otras variantes:

Bandhas + Mirada en blanco/desenfocada de abajo hacia arriba.

Bandhas con retención de aire + Frase y tapping EFT.

C.- SUPERAPRENDIZAJE RÍTMICO

Ostrander y Schroeder, quienes introdujeron el Superaprendizaje a EE. UU. trayéndolo de Bulgaria donde conocieron a su creador George Lozanov, señalan que dentro de este método el ritmo de la música —música de aproximadamente 60 ciclos por segundo, como algunas clásicas barrocas de larguettos— no es opcional. Sambrano (2001) afirma que algunas piezas de música contemporánea de Kitaro, Yanni, Vangelis, Halpern, Cuzco y Tangerine Dream también son útiles porque entran dentro de los ritmos mencionados.

Asimismo, en cuanto a la respiración, esta debe llevar un ritmo. Se han investigado y establecido varios ritmos para el superaprendizaje. Por ejemplo, en el primer ritmo respiratorio investigado, este consiste en inhalar durante 2 segundos, retener durante 4 segundos y exhalar durante 2 segundos, Ostrander y Schoeder (1980) afirman que: "*sincronizar la respiración es muy*

fácil. ***Durante los cuatro segundos en que se recita el material, contenga el aliento.*** *Durante la pausa de cuatro segundos que sigue, espire e inspire y dispóngase a retener el aliento de nuevo cuando se recite la frase siguiente. No tiene que pensar en ello, basta que lo recuerde: Retener el aliento cuando se recita el material a lo largo de una cuenta de cuatro*".

O sea, una de las grandes claves en el Aprendizaje Acelerado o Superaprendizaje es que el material que se pretende aprender tiene que ser leído, visto y/o escuchado **al mismo tiempo que se aguanta la respiración**, inmediatamente después de que se cuentan los 2 segundos de inhalación.

Por supuesto que hay otros ritmos de respiración investigados y comprobados para el superaprendizaje, pero lo que tiene que quedar claro —porque ni el libro de Kasuga y cols. (2003) señala esto— es que ***el momento de retención del aire es uno de los grandes secretos de este método***. ¿Por qué? Porque Lozanov, creador de los ritmos de respiración para superaprendizaje —que él llamó Sugestopedia— se basó en técnicas del Raja Yoga y conocía obviamente de los Bandhas y el poder de las retenciones de aire donde los yoguis afirman que circula de mejor manera la energía —*prana*, según ellos—. Lozanov lo investigó y lo aplicó con éxito en alumnos escolares de Bulgaria, desapegándose de los términos de los yoguis.

Otros ritmos respiratorios:

***Ciclo de 8 segundos usado en Bulgaria para material largo:**

2 segundos de inhalación. **4 segundos de retención**. 2 segundos de exhalación.

Se recita el material dentro de los 6 segundos que abarcan retención + exhalación.

***Ciclo de 12 segundos usado en EE.UU.**

4 segundos para inhalar, **4 segundos para retener** y 4

segundos para exhalar.

Se recita el material dentro de los 8 segundos que abarcan retención + exhalación.

***Ciclo de 20 segundos (Ostrander Superlearning 2000)**

5 segundos de inhalación. **10 segundos de retención**. 5 segundos de exhalación.

Se recita el material dentro de los 10 segundos que abarca la retención.

E.- SOFROLOGÍA Y RETENCIÓN

Alain Sembély (2015), experto mundial en sofrología, proporciona un ejercicio que, afirma, los monjes budistas utilizan al principio de cada una de sus meditaciones. Dice que obliga al cerebro a funcionar en ondas cerebrales alfa (nivel sofroliminal), lo cual induce a un estado alerta-relajado, es decir, un estado más allá de la relajación corporal, siendo una relajación dinámica óptima para el superaprendizaje Este estado ha sido investigado por Alfonso Caycedo —creador de la Sofrología en 1960—, George Lozanov —creador de la Sugestopedia—, teniendo resonancia a nivel mundial, con aplicaciones en deportistas de élite, empresarios, alumnos escolares, entre otros.

El ejercicio es el siguiente:

1.- Colócate en posición ortostática (posición de pie y erecta, manteniendo un equilibrio fluido en pies, rodillas, brazos, hombros y cabeza).

2.- Los ojos deben estar semicerrados.

3.- Cierra el puño de la mano derecha (o izquierda, según tu lado dominante) y mantén el pulgar elevado.

4.- Inspira profundamente por la nariz mientras llevas el pulgar elevado a la altura de los ojos.

5.- Mantén el pulgar en esa posición ***y retén la respiración***.

6.- Acerca lentamente el pulgar sin dejar de mirarlo. Cuando esté a unos 20 centímetros empezarás a bizquear.

7.- Continúa hasta que el pulgar toque el punto situado en el centro de la frente, justo entre los dos ojos.

8.- En el momento en que el pulgar toque la frente, exhala por tu nariz lentamente y baja el brazo hasta colocarlo al lado del cuerpo.

9.- Cuando tus ojos físicos se cierren en ese momento se abre tu mirada interior.

F.- RETENCIÓN Y OTRAS COMBINACIONES

La retención del aire se puede usar también en la técnica de la ***mirada del piso al techo*** y también es una combinación interesante con la mirada convergente ("bizca") usada en la técnica **VCT** de Bowan.

Referencias

Bandhas que son, tecnica, significado en yoga Tutorial completo Elena Malova. Recuperado de You Tube: https://www.youtube.com/watch?v=3UnXnqnAppo&ab_channel=MalovaElena

Chóliz, Mariano (2005). "Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración". Facultad de Psicología Universidad de Valencia. Recuperado de: https://www.uv.es/=choliz/RelajacionRespiracion.pdf

Fornasier-Santos C, Millet GP, Woorons X. Repeated-sprint training in hypoxia induced by voluntary hypoventilation improves running repeated-sprint ability in rugby players. Eur J Sport Sci. 2018 May;18(4):504-512. doi: 10.1080/17461391.2018.1431312.

Glick D, Barth S, Macleod KF. Autophagy: cellular and molecular mechanisms. J Pathol. 2010 May;221(1):3-12. doi: 10.1002/path.2697.

KRNJEVIC K, RANDIC M, SIESJOE BK. CORTICAL CO2 TENSION AND NEURONAL EXCITABILITY. J Physiol. 1965 Jan;176(1):105-22. doi: 10.1113/jphysiol.1965.sp007538.

Leszczynska KB, Foskolou IP, Abraham AG, Anbalagan S, Tellier C, Haider S, Span PN, O'Neill EE, Buffa FM, Hammond EM. Hypoxia-induced p53 modulates both apoptosis and radiosensitivity via AKT. J Clin Invest. 2015 Jun;125(6):2385-98. doi: 10.1172/JCI80402.

Mar, Raquel. Bandhas de yoga ¿Qué son y cómo practicarlos? 13-08-2021. Recuperado de: https://xuanlanyoga.com/bandhas/

Okorokov AL, Sherman MB, Plisson C, Grinkevich V, Sigmundsson K, Selivanova G, Milner J, Orlova EV. 2005. The structure of p53 tumour suppressor protein reveals the basis for its functional plasticity. The European Molecular Biology Organization Journal. 25:5191-5200

Ostrander, S., Ostrander, L. y Schroeder, N. (1980). Superaprendizaje. Nuevos métodos para potenciar su memoria y mejorar su eficacia profesional y deportiva. Octava edición. México: Grijalbo

Płoszczyca K, Langfort J, Czuba M. The Effects of Altitude Training on Erythropoietic Response and Hematological Variables in Adult Athletes: A Narrative Review. Front Physiol. 2018 Apr 11;9:375. doi: 10.3389/fphys.2018.00375.

Sambrano, Jazmín (2000). Superaprendizaje transpersonal. México: Alfaomega ediciones

Sambrano, Jazmín (2001). Superaprendizaje. El placer de aprender a aprender. Venezuela: Alfadil ediciones y editorial Melvin

Sembély, Alain (2015). Mejora tu equilibrio interior. Sofrología para el día a día. España: Amat Editorial. Recuperado de Amazon Kindle

Trincat L, Woorons X, Millet GP. Repeated-Sprint Training in Hypoxia Induced by Voluntary Hypoventilation in Swimming. Int J Sports Physiol Perform. 2017 Mar;12(3):329-335. doi: 10.1123/ijspp.2015-0674.

Vannucci RC, Towfighi J, Heitjan DF, Brucklacher RM. Carbon dioxide protects the perinatal brain from hypoxic-ischemic damage: an experimental study in the immature rat. Pediatrics. 1995 Jun;95(6):868-74. PMID: 7761212.

Villegas, Laia y Pujol, Óscar (2018). "Diccionario del Yoga. Historia, práctica, filosofía y mantras". Argentina: Herder

37.- LOS ACUPUNTOS

Los puntos o zonas en que hacemos *tapping* en las diversas técnicas de psicología energética están **relacionados con los trayectos de los meridianos de acupuntura china**. En muchos enfoques de psicología energética, los puntos de acupuntura —**acupuntos**— se emplean en el tratamiento para reducir la angustia subjetiva relacionada con problemas psicológicos específicos. Los puntos de acupuntura se interconectan a lo largo de meridianos hipotéticos que recorren diversos trayectos en el cuerpo humano.

Sobre los acupuntos, menciona Callahan (1991) "*Me parece que estos puntos son transductores de energía; donde la energía física del tapping puede ser transducida en la energía apropiada (probablemente electromagnética) del cuerpo para que la persona con un problema pueda ser equilibrada adecuadamente...*"

Callahan (1985) estudió Kinesiología Aplicada con Goodheart, Walther y Blaich, en quienes se basó para introducir el golpeteo o percusión —tapping— rítmico de acupuntos que están ***en o cerca de los puntos de inicio o fin de los meridianos involucrados.***

Los puntos de tratamiento de la Terapia del Campo del Pensamiento de Callahan (Thought Field Therapy, TFT) ***se estimulan mediante golpecitos o percusión con la punta de los dedos***, un procedimiento introducido por el kinesiólogo Goodheart en la década de 1970.

Andrade (2020) señala que dentro de la psicología enrgética la palabra *tapping* no se traduce como un simple golpeteo o tocamiento, sino que el verbo más certero es el de percutir. La ***percusión*** no solamente ocurre de los dedos de la mano a una cuerda de guitarra, también ocurre al impactar aquellos en otros objetos e incluso en la piel del ser humano.

Walther (1988) describió una técnica de meridianos en Kinesiología Aplicada (AK) llamada *Técnica de inicio y finalización* (B y E) que consiste en tocar los puntos de acupuntura inicial o final de los meridianos Yang. Walther afirmó que "*El tapping más productivo es cuando hay un respaldo óseo en el punto de tonificación. Si es posible, dirija el tapping para obtener un respaldo óseo*". Por lo que se especula que el golpeteo puede causar un ***efecto piezoeléctrico*** debido a la ***estimulación ósea en los puntos de acupuntura***. Teniendo presente que el efecto piezoeléctrico ocurre cuando pequeñas cantidades de corriente eléctrica generada resultan de la estimulación del calcio cristalizado **en el hueso** y, por lo tanto, impactan en el sistema de meridianos (Gallo, 1999, 2005).

Es importante resaltar que la mayoría de los puntos de acupuntura tienen pequeñas muescas en el hueso y el cartílago justo debajo de la piel, y puede encontrarlos con la punta de los dedos. Suelen ser hendiduras. Por ejemplo, las que se encuentran en las cuencas de los ojos, cerca de las clavículas, bajo la nariz, bajo la boca, junto a la nariz, atrás de la cabeza, etcétera.

Se ha demostrado a través de estudios morfológicos que la mayoría de puntos de acupuntura se localizan en o están adyacentes a los troncos o ramas de los nervios periféricos, vasos sanguíneos, capilares, vasos linfáticos, receptores nerviosos, terminaciones nerviosas y mastocitos. A su vez, los meridianos corresponden a la trayectoria de los nervios periféricos profundos y vasos sanguíneos. La estimulación del punto de acupuntura transmite una señal al sistema nervioso central a través de dichas fibras aferentes (Torregrosa, 2021).

Las investigaciones han demostrado que la presión sobre los puntos de acupuntura, o "acupresión", puede ser tan eficaz como la acupuntura misma (Cherkin, Sherman y Avins, 2009).

Un **acupunto** —**punto de acupuntura**— es un área diminuta de la piel con una resistencia eléctrica significativamente menor que otras áreas de la piel. Recordando que, *cuanto menor sea la resistencia de un conductor, mayor será la cantidad de corriente que la atraviesa y mayor será su*

intensidad (Aguado Benedí, 1998).

Los puntos de acupuntura también tienen una mayor concentración de receptores que son sensibles a la estimulación mecánica; y puntos específicos, cuando son estimulados, envían señales directamente a áreas del cerebro que están asociadas con las emociones. ***Las propiedades electromagnéticas de los puntos de acupuntura se pueden activar tocándolos, masajeándolos o sosteniéndolos, así como a través de medios más intrusivos como la inserción de agujas, la estimulación eléctrica o la aplicación de calor***. Al menos 360 puntos de acupuntura se distribuyen a lo largo de una red de vías de energía que se denomina sistema de meridianos. Una traducción más precisa (del mandarín) que "punto" es "hueco" y, debido a su menor resistencia eléctrica, los puntos de acupuntura se han denominado "ventanas" hacia la energía del sistema-cuerpo (Church, 2017). Y estas entradas al sistema de energía del cuerpo pueden usarse para restaurar salud física y mental.

Estimular un acupunto puede enviar impulsos a áreas del cuerpo que están alejadas del punto en sí. Por ejemplo, una aguja de acupuntura insertada en un punto específico del dedo del pie se puede ver en un "MRI funcional" (fMRI) que afecta la actividad sanguínea en el cerebro, aunque no se sabe que existan conexiones nerviosas, vasculares u otras conexiones físicas. Otro estudio, también utilizando una resonancia magnética, demostró que estimular puntos específicos de la piel no solo cambió actividad cerebral; también desactivó áreas del cerebro que están involucrados con las experiencias de miedo y dolor. La estimulación de ciertos puntos de acupuntura también provoca la secreción de serotonina, un neurotransmisor que, si no está presente en cantidades suficientes, se asocia con depresión, ansiedad y adicciones (Feinstein, 2022).

Si un punto de acupuntura envía su información a través de nervios, la estimulación retrógrada de las fibras nerviosas debería posibilitar identificarlos en la superficie de la piel. Esta fue la aproximación de Li et al. (2004). Según estos investigadores, la distribución de las terminaciones nerviosas de fibras Aα, Aβ y Aδ y de las fibras C sigue un patrón que se asemeja a los canales de acupuntura y se concentra en determinadas zonas que se solapan con la posición de puntos. Dado que el objetivo de la puntura es conseguir un estímulo

nervioso, el enclave del estímulo es el punto acupuntural, cuya estructura tisular no es específica, *aunque posee un comportamiento individualizable desde un punto de vista bioeléctrico*. De una parte, la piel del punto de acupuntura tiene menos resistencia eléctrica que la circundante (de aquí que se detecte por medio de aparatos eléctricos llamados puntómetros, y por otro lado, estudios histológicos llevados a cabo sobre puntos de acupuntura en animales demuestran que hay un mayor acúmulo de receptores nerviosos que las áreas circundantes. ***Por lo tanto, los puntos de acupuntura tienen comportamientos bioeléctricos específicos*** *(Cobos, 2013).*

La acupuntura y la psicología energética son dos enfoques diferentes, sin embargo, la punción tradicional en un punto de acupuntura y su estimulación manual tienen beneficios similares. Por ejemplo, un estudio doble ciego que comparó la penetración de la aguja de acupuntura con la presión no penetrante (que simulaba la sensación de penetración) encontró mejoras clínicas equivalentes para ambas intervenciones (Takakura, N; Yajima, H, 2009).

Diferentes investigadores (por ejemplo: Stapleton, Church, Andrade, Feinstein) han experimentado y recopilado que los estímulos mecánicos en los acupuntos (tapping o percusión, frotamiento, apriete, toque, masaje) son traducidos por los mecanorreceptores en señales digitales mediadas por el ión calcio, incluso iones de sodio y potasio. Estas señales se trasladan y llegan al cerebro por las vías somato-sensoriales aferentes, hasta alcanzar la corteza cerebral. Este mecanismo de trasmisión involucra también sustancias complejas como los neurotransmisores y mensajeros secundarios como noradrenalina, serotonina, dopamina, GABA, óxido nítrico, acetilcolina, y neuropéptidos (endorfinas y encefalinas). Con neuroimágenes funcionales (fMRI) se ha demostrado y registrado repetidamente un incremento de actividad en las regiones órbito frontal, corteza prefrontal y del tálamo posterior, y una disminución de actividad en al menos once estructuras profundas, algunas de ellas fuertemente involucradas con los procesos emocionales como son el hipocampo, para-hipocampo, hipotálamo, amígdala, caudado, ínsula anterior, cíngula anterior, entre otras.

Las investigaciones de la profesora Langevin (2001) muestran cómo existe un modelo de mecanotransducción descrito en términos de equivalencia entre fenómenos descritos por la antigua acupuntura, y efectos sobre el tejido intersticial y conjuntivo.

Dorshera y Fleckenstein (2009) concluyeron en su investigación que hay al menos una correspondencia anatómica del 93,3% (potencialmente de hasta el 96%) entre las localizaciones de los 255 ***puntos gatillo**** "comunes" descritas en el *Manual de puntos gatillo* (*Trigger Point Manual, 1983, 1992*) y las localizaciones de los puntos clásicos de acupuntura. Por correspondencia anatómica entre un punto gatillo común y otro de acupuntura entendemos que dichos puntos se encuentran próximos y las referencias bibliográficas anatómicas y de acupuntura demuestran que penetran en la misma región muscular. El 82% de estos pares de puntos anatómicamente correspondientes se encuentran a una distancia máxima entre sí de 2 cm, y el 95% a una distancia máxima entre sí de 3 cm. Estos resultados proporcionan la demostración anatómica del estudio de que los puntos gatillo comunes y los puntos clásicos de acupuntura probablemente representan el mismo fenómeno fisiológico, confirmando así los hallazgos de Melzack et al. (1977).

Una revisión de seis investigaciones sobre componentes que involucran protocolos de EFT con y sin tapping en los puntos de acupuntura concluyó que *el tapping en los puntos de acupuntura es un ingrediente activo, independiente del placebo, efectos terapéuticos inespecíficos u otros factores clínicos*. Dos de los estudios comparativos sustituyeron el tapping en los puntos de acupuntura con tapping en puntos que no eran de acupuntura ("simulados") en protocolos de EFT por lo demás idénticos y encontraron que hacer tapping en los puntos de acupuntura produjeron beneficios emocionales significativamente más fuertes que hacer tapping en los puntos falsos. Una revisión sistemática (J.-Y. Tan et al., 2015) de 66 estudios de acupresión (7265 sujetos) que comparan el uso de puntos de acupuntura establecidos con puntos simulados corroboran estos hallazgos, *y los tratamientos de puntos de acupuntura producen efectos terapéuticos más fuertes que los tratamientos de puntos simulados, que aún produjeron algún beneficio clínico* (Feinstein, 2019).

Una revisión y un metanálisis de dichas seis investigaciones indicaron que, además de otros factores terapéuticos, el tapping en los puntos de acupuntura es un ingrediente activo y necesario para los sólidos resultados encontrados en los ensayos clínicos (Church D, et al. 2018, 2020). Después de la publicación de 2018, se identificaron errores en el análisis estadístico, principalmente valores de desviación estándar incorrectos, y otros cuestionaron el enfoque metodológico de los autores. Por lo tanto, un estadístico senior independiente volvió a ejecutar el metanálisis y comparó los resultados previos con los de seguimiento para determinar los efectos sostenidos del tratamiento. Se encontró que el valor g de Hedge de efectos fijos acumulados era 0,73 (intervalo de confianza del 95% = 0,42-1,04, p < 0,0001). El valor g de Hedge de efectos aleatorios correspondiente es 0,74 (intervalo de confianza del 95 % = 0,34-1,13, p < 0,0001). También, los autores revisaron y aclararon su metodología. **En conclusión, a pesar de los errores de cálculo en su publicación original, el presente análisis revisado respalda la conclusión original *de que el componente de acupresión del protocolo de EFT es un ingrediente activo que contribuye a los efectos favorables para la salud del método* (Church et al., 2020).**

Acupuntos dobles

La mayoría de los acupuntos se encuentran en ambos lados del cuerpo. Específicamente los que pertenecen a los meridianos energéticos. Los acupuntos que solamente están ubicados en un solo lugar son los correspondientes a los Vasos energéticos.

Y se supone que puedes trabajar un acupunto sin importar la lateralidad izquierda o derecha. Sin embargo, existen enfoques que otorgan un significado particular al lado izquierdo y al derecho, por lo que también se pueden guiar por esto.

Cómo estimular los acupuntos

Para estimular los acupuntos energéticos se tienen varias maneras:

1.- **Tapping:** Es la forma más conocida en psicología energética. Es percutir o "golpetear" —*tapping*, en inglés— un acupunto con uno o más dedos de la mano.

2.- **Masaje:** Se trata de dar masaje circular o lineal en un acupunto. En el caso de lo circular ver el capítulo en este libro referente a la importancia de los giros energéticos.

3.- **Tocar y respirar** (*Touch and breathe*): Se refiere a tocar un acupunto y entonces respirar de una manera rítmica. La técnica Tocar y Respirar (TAB) fue desarrollada por profesionales de TFT en la década de 1990 (Diepold y Bender, 2004) y, a veces, se usa en EFT. Es lo mismo que EFT clínico, excepto que no usa tapping. En su lugar, utiliza un ligero toque con la yema del dedo en cada punto de acupuntura acompañado de una respiración. Se describe en el libro La Energía de la Creencia (Bender & Sise, 2007). Es una alternativa para consultantes que no toleren el tapping.

Otra alternativa es respirar al final de una secuencia de tapping. Se ha descubierto que la técnica de respiración 4-8 mejora la variabilidad del ritmo cardíaco, lo que reduce el estrés, la ansiedad, la inflamación y el dolor (Song & Lehrer, 2003; en Gallo, 2022). La exhalación es una característica importante de la técnica, ya que cambia el sistema nervioso autónomo de un estado de excitación simpática (activación de la respuesta de lucha o huida) a uno de relajación parasimpática; por lo que se sugiere sea de larga duración la exhalación, en este caso el doble de tiempo que la inhalación. Recordando que la mayoría de los expertos recomiendan respirar principalmente por la nariz.

La **respiración del corazón** simplemente implica colocar las manos sobre el corazón y concentrarse en la respiración, mientras se libera de los pensamientos. Permites que los pensamientos pasen por tu mente, y cada vez que te encuentras atrapado en un pensamiento, simplemente regresas a tu respiración y las sensaciones de tus manos sobre tu corazón. Este ejercicio es un tipo de meditación de atención plena que también mejora la variabilidad del ritmo cardíaco y reduce el estrés. Se puede realizar antes del tapping o en un intermedio.

Otra variante es aplicarse tapping mientras se retiene el aire o cuando se exhala lentamente, es decir, usando las bandhas del yoga respiratorio (revisar el capítulo “Retener para acelerar energía”, de este libro).

4.- **Acupresión o Digitopuntura:** Se refiere a ejercer presión o fricción con uno o varios dedos de la mano en un acupunto, frotándolo o apretándolo. Existen guías de digitopuntura para saber cuál acupunto estimular y para qué. Para presionar correctamente un punto, debes utilizar algo romo. En algunos puntos de presión, la punta del dedo puede ser demasiado gruesa. Puedes utilizar el borrador de un lápiz para presionar los puntos pequeños. También puedes utilizar la semilla de un aguacate o una pelota de golf.

5.- **Fricción libre:** No es propiamente un masaje, es una fricción libre guiada por el azar o la intuición: rascarse, pellizcarse, friccionar rápidamente el acupunto con los dedos o con la palma de la mano. Frotar el acupunto con un objeto, gema, cuarzo, imagen, etcétera.

También, una alternativa es primero friccionar las manos para crear piezoelectricidad, y entonces ya aplicar el tapping —con las manos ya energetizadas— en los acupuntos.

6.- **Reiki:** Imponer las manos —por encima, sin tocar la piel— en un acupunto y mentalizarse para transmitir energía universal con el método Reiki.

7.- **Visualización de tapping en acupuntos:** Se trata de visualizar o imaginar que te estás estimulando un acupunto de cualquiera de las maneras aquí presentadas, siendo importante la intención que uses al hacer esto.

8.- **Subrogación a distancia:** Hay que visualizar o imaginar que estás estimulando un acupunto a otra persona, de cualquiera de las maneras aquí presentadas, siendo importante el permiso que pidas espiritualmente y la intención que uses al hacer esto.

Para evitar tocar a los niños, una alternativa es aplicarle

tapping a un muñeco mientras el niño observa.

9.- Transmisión energética de piezoelectricidad

El cuerpo es eléctrico, así transmite gran parte de su información el sistema nervioso. La piezoelectricidad también se genera en los mecanorreceptores que hay en nuestras manos. Y la electricidad se puede transmitir de persona a persona.

Un derivado de la subrogación es que ***sujetes una mano de la persona a la que quieres apoyar y entonces te aplicas a ti mismo el tapping, la frase, la intención y la visualización la diriges hacia esa persona***. Esa persona puede ser tu hijo, tu madre enferma, tu pareja, etcétera. Un ejemplo de cómo aplicar esto sería que una madre tome la mano de su hijo y destine su otra mano —de ella— para hacerse tapping en sus acupuntos, mientras visualiza que se los está aplicando a su hijo de 3 años de edad al que sostiene a un lado de ella. La frase que pudiera estar usando es: "*Hijo, a pesar de que estás asustado por la caída que tuviste, te acepto totalmente como eres y confío en ti*".

Si queremos llevar más a profundidad esto, entonces podemos hacer el método que yo llamo **la cadena energética**.

Este método consiste en sujetar cada mano de la persona-objetivo, mientras esta permanece en silencio, quieta y con intención receptiva. Una persona a su lado izquierdo le sujetará la mano izquierda, mientras con la otra mano (la persona de al lado) se aplica tapping en puntos energéticos con una frase pertinente. A su vez, una persona a su lado derecho le sujetará la mano derecha, mientras con la otra mano se aplica tapping en puntos energéticos con una frase pertinente. Esta cadena de personas se puede extender para cuantas personas quieran aportar su tapping energético y ayudar a la persona-objetivo. Este método sería muy útil, por ejemplo, en una sesión grupal, escolar, empresarial o familiar.

¿Por qué el tapping en la psicología energética se hace con las yemas de los dedos?

Con lo dicho hasta el momento, está muy clara la razón de la respuesta.

10.- **Acupuntura:** Aquí usan agujas especializadas, estimulación eléctrica (electroacupuntura) o imanes que son manejados por personas capacitadas en eso.

11.- **Moxibustión:** calentamiento o cauterización de los puntos de acupuntura por medio de la hierba artemisa china (ajenjo); esto para activar los receptores térmicos de la piel, y de esta forma provocar estímulos. Esto proviene de la Medicina Tradicional China.

12.- **Kinesio-tapping:** Se trata de aplicarse tapping con dos dedos en fase 'on', es decir, en estado 'fuerte' asociado a un estado que proporcione vitalidad, confianza, éxito, seguridad, etcétera. Sugiero sea el dedo medio encima del dedo anular, para de esa manera aplicar tapping con la punta de ambos dedos 'trenzados' en esa posición anclada a ese estado adecuado.

Por supuesto que esa posición de los dedos uno encima del otro —***más exactamente la yema del dedo medio encima de la uña del dedo anular***— primero tiene que ser entrenada para verificar que los dedos están *fuertes* (en estado '*on*', dicen los kinesiólogos).

13.- Mudra tapping

Otra alternativa sería hacer tapping con algún **mudra de las manos.** Por ejemplo, el *mudra chin* donde los dedos pulgar e índice hacen una pinza o anillo, con las palmas hacia arriba (también llamado *mudra de la barbilla*). Entonces, hay que aplicar tapping con la zona de unión de ambos dedos.

Aquí, no necesariamente habría que anclar este u otro mudra a un estado positivo, porque ya de por sí el mudra respectivo tiene su poder. Prueba el tapping usando diferentes mudras de las manos.

14.- Anclaje PNL más el tapping

Otra variante de tapping es aplicarlo durante un anclaje PNL o inmediatamente después de la señal —visual, táctil,

auditiva o de otra modalidad sensorial— que ancla un estado deseado que previamente se condicionó con entrenamiento. Para más información de los anclajes ver mi volumen 1 de esta serie o cualquier libro de PNL que aborde este tema.

Anclar con una de nuestras manos hacia donde mire arriba el consultante, cuando mire en una zona baja usar nuestro pie para anclar. Tanto un estado positivo como uno negativo, según luego queramos reactivar ese estado para trabajarlo o evaluarlo.

Por cierto, el tapping continuado se vuelve un anclaje en cada acupunto.

15.- Estimular acupuntos para dispersar o tonificar

Se tiene que conocer el tipo de acupunto para saber si se dispersa o se tonifica. Según la medicina tradicional china (MTC), se dispersa un acupunto hacia la izquierda (en sentido contrario a las manecillas del reloj). Mientras que se tonifica un acupunto hacia la derecha (en sentido de las manecillas del reloj).

Algunos de los puntos para dispersar

4IG. 3ID. 3TC. 27R. 21B. A un lado de las narinas (20IG). Centro del músculo ECM (16IG). "Pozos o huecos" atrás de la cabeza (20VB). Reflejos neurovasculares y neurolinfáticos: zona dolorida (25R), sienes, acupuntos encima de las cejas (14VB), atrás de la oreja (17TC), músculos suboccipitales atrás de la cabeza (17VG). Séptima cervical (protuberancia en la columna vertebral bajo el cuello).

Algunos de los puntos para tonificar

Coronilla (20VG). Timo (20VC). Tercer ojo. Acupuntos a un lado de las uñas de los dedos. Centro de la palma de la mano.

16.- Tapping con visualizaciones PNL

Disociación terapéutica.

Manipulación de submodalidades PNL.

Metáfora y cosificación (ubicación, forma, tamaño y color).

Puente a Futuro.

17.- Tapping combinado con Brainspotting

Mientras se busca un *brainspot* o mientras se está trabajando en uno ya encontrado, se puede aplicar tapping. Esta combinación acelera los resultados.

18.- Tapping Bilateral

En zonas corporales de ambas lateralidades o en acupuntos simétricos de ambos lados corporales.

Lo bilateral implica que habrá una estimulación alternada.

19.- Tapping con movimientos oculares bilaterales

Mientras se están haciendo movimientos oculares terapéuticos, esto se puede combinar con tapping en acupuntos estratégicos, por ejemplo, en Punto Karate (3ID), Punto Gama (3TC), Bajo la clavícula (27R) o presionando al lado de la uña de un dedo.

20.- Tapping con sensación-sentida

Para encontrar una sensación-sentida (ver el capítulo 2 de este libro) se puede usar el tapping en los acupuntos sugeridos por EFT para encontrarla más rápido.

21.- Acupuntos y ElectroNeuroAcupuntura

La ElectroNeuroAcupuntura es una herramienta terapéutica, que nace fruto de la integración entre los conceptos de diferentes técnicas invasivas (fundamentalmente Neuromodulación, pero también punción seca, electrólisis, mesoterapiaterapia miofascial, osteopatía (entre otras) y conceptos anatómicos y evidenciados de la Acupuntura. Fue desarrollada por Juan Miñano.

22.- Acupuntos y el Transgeneracional

Jaqui Crooks (2022) asegura que la mayor parte del tapping que hace, lo hace en el punto de karate (acupunto 3ID) y, a veces, agrega el resto de los acupuntos de EFT al final. Ha hecho sesiones completas usando solo el punto de karate y sesiones en las que ha agregado los otros acupuntos.

Afirma Crooks que le gusta hacer una ronda de tapping para reconocer a aquellos que precedieron en la línea familiar a una persona y agradecerles por lo que transmitieron. Partes de nosotros pensarán que es útil, o tal vez simplemente no sepan qué más hacer con él. *Cuando hacemos esta limpieza, el objetivo es que la sanación pase de regreso a la línea familiar y adelante a través de la línea familiar, además de sanarnos a nosotros, de esa manera, el patrón se rompe para siempre, nadie tiene que continuar reteniéndolo*. Suele usar una frase como esta:

"Aunque aquellos que vinieron antes que yo simplemente transmitieron lo que tenían, porque no sabían qué más hacer con eso y tal vez esperaban que alguien, en algún lugar, pudiera hacer algo con eso, y tal vez ese soy yo, me amo y me acepto completamente y tal vez a cualquiera que esté involucrado en estas 'cosas' de alguna manera. Ahora devuelvo todo esto al universo, en nombre de todos los involucrados, para reciclarlo en algo más útil, con mi agradecimiento por un trabajo bien hecho".

Después, recomienda fijarse en cualquier cosa que te haya surgido mientras hacías tapping en este ejercicio. Puedes tomar nota de las percepciones, pensamientos, sensaciones o sentimientos, para recordar hacer tapping en eso, según sea necesario.

23.- Imanes en acupuntos.

En los últimos años han estado surgiendo personas capacitadas en estimular acupuntos usando imanes especialmente diseñados para tal efecto, colocándolos principalmente en acupuntos localizados en la oreja o en la espalda.

24.- Tapping en temas sensoriales

Si el tema o aspecto del tema trabajado está relacionado con el ***olfato***, entonces tomar en cuenta la nariz y su alrededor para el tapping. Además de volverse muy importante la respiración pranayama y otros tipos de respiración rítmica.

Si el tema o aspecto del tema trabajado está relacionado con lo ***auditivo***, entonces tomar en cuenta los acupuntos de las orejas y los ejercicios relacionados con estas, por ejemplo, "*el sombrero para pensar*" recomendado en Brain Gym; "*el pinocho*" sugerido por Luz Ibarra en Gimnasia Cerebral; taparse un oído a la vez y que el otro permanezca destapado, mientras se aplica tapping.

Si el tema o aspecto del tema trabajado está relacionado con lo ***visual***, entonces tomar en cuenta los acupuntos alrededor de los ojos y de la parte occipital o trasera de la cabeza. Además de volverse muy importante la inclusión de diferentes técnicas de movimientos oculares

(VCT, EMDR, Un Ojo x Vez, Brainspotting, etc.)

25.- Otras maneras

En la literatura terapéutica también se encuentran estimulaciones de los acupuntos a través de:

*__Frío__ para estimular acupuntos: tomar agua fría + tapping. Acupresión con cubos de hielo en acupuntos. Tapping mientras se está en una ducha fría.

*Uso de ***aparatos para estimular los pies***, aprovechando que los pies tienen múltiples acupuntos, existiendo aparatos o tapetes electrónicos vibradores, muy usados por personas de edad avanzada.

*Tapping mientras se está relajando o practicando ***mindfulness***.

*Aromaterapia (inhalación de ciertos aceites esenciales).

*Láseres y haces de colores.

*Uso de tapping acompañado de ***frases, música y/o "películas" mentales*** de algún trauma.

****Imposición de manos*** en los acupuntos, similar a como lo hacen en el Reiki.

*Tapping con la ***yema de un dedo diferente*** en cada ronda o en cada acupunto estimulado.

*Estimular acupuntos usando un grupo de estos (como los usados en EFT o en alguna otra técnica) o usando ***atajos y algoritmos*** según lo planteado por TFT o por la experiencia del terapeuta.

Variantes

El tapping o estimulación de los acupuntos en sus diversas maneras ya señaladas se puede realizar en las siguientes variantes: con ojos cerrados, ojos abiertos. Contando números u objetos. Con tarareo o canturreo de una canción. Con lengua en paladar. Con giros oculares en panorama. Con presión en Punto Karate de mano posada en algún punto o zona energética.

Duración del tapping

En todos los casos, la duración de la estimulación será de pocos minutos, variando de acuerdo a la cantidad de acupuntos tomados en cuenta.

En la técnica TTT (leer el capítulo correspondiente en este libro) se sugiere estimular con tapping entre 15 y 20 veces cada punto energético, otros recomiendan tapping de 5 a 7 veces en cada acupunto (TFT).

¿Con qué estimular el tapping, masaje, presión o toque? Con las yemas de los dedos, el talón de la mano (que limita con la muñeca de la mano); los nudillos de una mano; la palma de la mano; y el área dactilar de los dedos de las manos.

Muchos practicantes suelen usar las yemas de dos dedos de la mano dominante para aplicar el tapping, generalmente el dedo índice y el dedo medio. Este autor sugiere se usen las 5

yemas.

También, hay quienes han experimentado el tapping a través de cuarzos, pelotitas, gemas, amuletos, imanes, etcétera, con resultados variables.

Cuáles son los acupuntos principales

De cientos de puntos energéticos que existen, según los chinos de hace miles de años que iniciaron la acupuntura,

hay unos cuantos que se consideran muy importantes. Claro, de acuerdo a criterios de expertos. Veamos…

***Los puntos energéticos de EFT Clínico utilizados en las investigaciones científicas.**

Afirman Church y colaboradores (2018) que hay más de 350 puntos de acupuntura en el cuerpo. **EFT Clínico** toca solo 9 de ellos en el atajo de la ***Receta Básica*** (sin los puntos energéticos de los dedos de la mano ni el punto Gama), y solo 14 en la ***Receta Básica Completa***.

Hay cuatro partes en la *receta básica completa*: la preparación (con el punto PK), la Secuencia (los 12 puntos señalados por Church), el punto 9 Gamut, y una segunda aplicación de la Secuencia.

EFT Clínico identifica 48 técnicas distintas descritas en el manual y materiales complementarios, de acuerdo a las diferentes combinaciones de acupuntos.

En **EFT Clínico**, durante la Declaración o Frase de preparación, el cliente toca un punto de acupuntura en el costado de la mano (PK). Durante el resto del proceso, golpean suavemente con dos dedos los ocho o más puntos de acupuntura enumerados en el manual, que incluyen: inicio de la ceja, lado del ojo, debajo del ojo, debajo de la nariz, debajo de los labios (pliegue de la barbilla), una pulgada debajo de la clavícula, debajo del brazo y el punto sobre la cabeza (Church et al., 2022).

Punto Kárate: (PK) Se estimula en la fase de Preparación mientras se recita la Frase. El punto al lado, unos 3cm bajo el dedo meñique de la mano, en el pliegue que se forma al doblar la mano. Es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del intestino delgado (**3ID**), ubicado en el borde cubital de la mano en el pliegue de la palma cuando se cierra el puño. Este punto de acupuntura está aproximadamente a 1 pulgada por debajo del pliegue donde el dedo meñique se encuentra con la mano. Este punto sirve para reducir dolor de lumbalgias, vértigos, dolor en el cóccix, dolor del codo (del golfista y tenista). Además de recordar que en la técnica EFT lo estimulan para desbloquear el autosabotaje.

Puntos energéticos en ambas manos (tomando como referencia la palma de la mano)

Punto del pulgar: En el borde exterior del pulgar en un punto al lado de la base de la uña. Ahí termina el meridiano energético de los Pulmones (11P).

Punto del dedo índice: En el lado de su dedo índice frente a su pulgar, en un punto al lado de la base de la uña. Es el inicio del meridiano energético del Intestino Grueso (1IG).

Punto del dedo medio: En el lado del dedo medio más cercano a su pulgar, en un punto al lado de la base de la uña. Es el final del meridiano Maestro Corazón (9PC).

Punto del dedo meñique: En el interior de su dedo meñique (el lado en dirección al pulgar) en un punto al lado de la base de la uña. Es el final del meridiano energético Corazón (9C).

Otros puntos de EFT Clínico:

El punto de la parte superior de la cabeza: El punto de la coronilla de la cabeza (20VG) lo encuentras si dibujas una línea imaginaria entre las orejas sobre la parte superior de la cabeza, el centro de esa línea es el punto. Hay un punto débil en tu cráneo en ese lugar, porque es donde se unen los huesos de tu cráneo. Muchos los practicantes tocan el punto de la parte superior de la cabeza antes de los puntos de los ojos al comienzo de cada ronda de EFT.

Punto del entrecejo: En el inicio interno de cada ceja se tienen puntos energéticos asociados al punto 2 del meridiano energético de la Vejiga (2V).

Punto al lado del ojo: En el ángulo externo del ojo. Inicio del meridiano energético de Vesícula Biliar (1VB).

Punto bajo el ojo: En la hendidura bajo el ojo, al centro. Es el inicio del meridiano energético del Estómago (1E).

Punto bajo la nariz: Es el final del *vaso energético Gobernador (26VG)*. Este punto energético es conocido como el punto de reanimación, está localizado debajo de la nariz en la parte central, donde muchos tienen una hendidura.

Punto bajo la boca: Bajo la boca, en el centro del mentón o barbilla. Es el final del *vaso energético Concepción (24VC)*.

Punto bajo la clavícula: Es el punto en donde se encuentran los huesos del inicio de la clavícula, y la primera costilla. Para ubicarlo, primero, se pone el dedo en la muesca en forma de "U" entre los dos huesos de la clavícula, arriba del esternón (cerca de dónde un hombre hace nudo a su corbata). Desde esa cavidad en U se mueve el dedo índice abajo (hacia el ombligo) unos 3 centímetros, y luego se lleva ese dedo a la izquierda (o derecha) 5 cm. Ahí termina el meridiano energético del Riñón (27R).

Punto bajo la axila: En el costado del cuerpo, a la altura de la tetilla (en los hombres) o en medio de la tira del sostén (en las mujeres), aproximadamente a 10-15 cm abajo de la axila. Ahí termina el meridiano energético del Bazo (21B).

El punto debajo del pezón: Para los hombres, 3 cm debajo de la tetilla. Para damas, donde la piel del seno encuentra el muro del pecho. Es el término del meridiano energético del Hígado (14H).

El punto debajo del pezón es una adición de 2012 a la secuencia completa. Originalmente se dejó de lado porque está en una posición incómoda para las mujeres. Para ellas, es donde

la piel inferior del seno se encuentra con la pared torácica. Algunas mujeres lo llaman el punto "con aros" en un sostén con aros.

Como una alternativa más fácil, a menudo se le dice a los y las clientes que estimulan este punto un poco más abajo, en la costilla inferior, frotando por encima o por debajo de la costilla inferior estimula el mismo meridiano de acupuntura (del Hígado) en un punto ligeramente más bajo.

Punto Gama y 9 Gamut: El punto Gama (PG) se usa en la Receta Completa. Implica tocar simultáneamente en el dorso de las manos, a 1 cm por debajo del punto central entre los nudillos a la base del dedo anular y el meñique. Es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del triple calentador (3TC). Se le pone énfasis cuando se detecta que la persona no presenta integración cerebral de los hemisferios. Se tiene un procedimiento especial para contribuir a la integración cerebral, consistente en estimular el punto *Gamut* (Gamma) y simultáneamente realizar 9 tareas (mientras se estimula el punto Gama con *tapping*, masaje o acupresión):

1. Cerrar los ojos.

2. Abrir los ojos.

3. Mirar rápidamente hacia abajo, a la derecha, sin mover la cabeza.

4. Mirar rápidamente hacia abajo, a la izquierda, sin mover la cabeza.

5. Girar los ojos en un círculo en el orden de las manecillas del reloj.

6. Girar los ojos en círculo al contrario de las manecillas del reloj.

7. Tararear 2 segundos una canción (Gary Craig sugiere *Happy Birthday*, tú puedes usar la melodía que

gustes, para México se sugiere Las Mañanitas y personalmente uso “la cucaracha”).

8. Contar rápidamente de 1 a 5.

9. Tararear de nuevo 2 segundos de la misma melodía.

***Otros puntos energéticos usados en EFT de Gary Craig y por terapias derivadas de EFT**

Y hay varios otros puntos que los profesionales han encontrado útiles. Los más comunes son:

El punto dolorido (ZD): Antes de que el psicólogo Roger Callahan identificara el punto del lado de la mano como correcto para la Inversión Psicológica, usó el Punto Dolorido o zona dolorida (acupunto R25). Este punto sigue siendo a menudo utilizado por los practicantes. Puedes frotar en uno o ambos lados del pecho, ubicado a mitad de camino entre la tetilla y el principio de la clavícula.

El punto de la muñeca está a dos anchos de pulgar desde el pliegue en el medio interior de la muñeca Puede ser golpeado o frotado. Muchos practicantes traen ambas muñecas juntas para estimular el punto de la muñeca en el lado izquierdo y derecho del cuerpo al mismo tiempo. Esta zona de varios acupuntos es usada en el *Faster EFT* de Robert G. Smith para estimular la paz y la confianza.

El punto del muslo está en la parte exterior del muslo donde tus manos naturalmente tocar sus piernas cuando está en reposo. Suele estimularse golpeándolo ligeramente con la mano abierta. Por ahí pasa el meridiano del Estómago.

Los puntos de los tobillos están a ambos lados del hueso del tobillo, tanto en el interior como en el exterior fuera de cada pierna. Están a unos 4cm o 10 cm por encima del hueso. Lo manera de estimularlos es golpear ligeramente tanto el interior como el exterior de uno pierna con ambas manos, luego pase a la otra pierna. De acuerdo a tradición de la acupuntura, este punto no debe ser estimulado por mujeres embarazadas o mujeres que desean quedar embarazadas, porque se cree que interfiere con la energía del desarrollo fetal. Alrededor de los tobillos interiores y exteriores pasan los meridianos energéticos

de Estómago, Vesícula Biliar, Hígado, Vejiga y Riñón.

El Timo (20VC) hay que estimularlo con el talón de la mano, haciendo giros hacia la derecha. Este punto se encuentra 3 cm bajo la hendidura central que separa las clavículas.

***Algunos puntos energéticos importantes para los asiáticos**

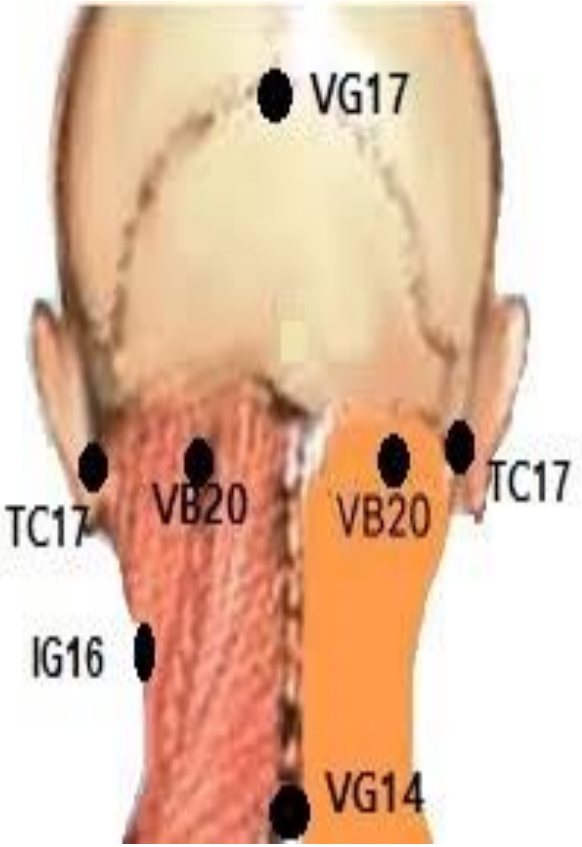
Punto feng chi (VB20), las ventanas del alma.

También conocido como "*Puertas de la consciencia*" es un punto de presión común (del meridiano de la Vesícula Biliar) utilizado para aliviar las migrañas, los dolores de cabeza, visión borrosa por cansancio, fatiga, vértigos y algunos síntomas de los resfriados.

Este punto se ubica justo atrás de la oreja y de la cabeza. Para hallarlo, busca los dos huecos a los lados de la nuca en la base del cráneo. Puedes entrelazar los dedos, ahuecar suavemente las manos en el cráneo y colocar los pulgares en los agujeros ubicados en la base del cuello.

Utiliza los pulgares para masajear el punto con una presión firme y profunda. Presiónalo durante cuatro a cinco segundos. Si sabes dónde se ubican los agujeros, puedes masajearlos con los dedos índice o medio, o simplemente con los nudillos. Se recomienda masajear este punto con dos pulgares. Al hacer presión sobre ellos, quien recibe el masaje debe sentir una especie de tirón.

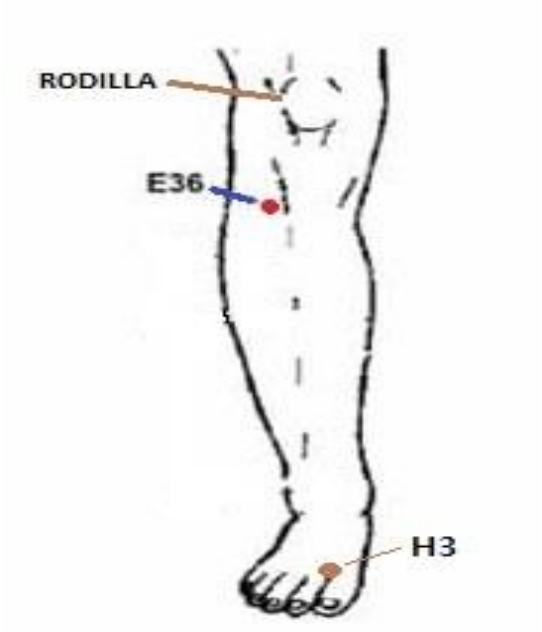
Relájate y respira profundamente mientras masajeas el punto VB20. Puedes masajear y presionar este punto por hasta tres minutos.



Punto E36 (Zusanli)

Se localiza en las extremidades inferiores, a 1 **cun**** por fuera de la cresta tibial y a unos 3 cun por debajo de la interlínea de la articulación *de la rodilla*, en la inserción del tendón proximal del músculo tibial anterior. Por sus acciones específicas, es un punto muy utilizado para promover la unidad funcional Yin/Yang de la pareja Bazo-Estómago. Por ello, se utiliza en muchas patologías del ámbito digestivo, así como para promover la generación de energía (Qi) y Sangre (Xue).

El punto Zusanli se usa como modulador de la respuesta inflamatoria. Incluso se han realizado investigaciones formales sobre este punto energético.



Punto P6 (MC6):

Este punto 6 del meridiano Maestro Corazón se encuentra a 3 dedos (cun y medio) de distancia de la muñeca en dirección al codo, en la parte media del antebrazo. Se trabaja para combatir las náuseas y los vómitos; como así también fiebre, diabetes, colitis, estrés, conjuntivitis, el hipo, malestar estomacal, dolores en el pecho, espasmos en el bajo vientre y el síndrome del túnel carpiano, dolor en el corazón, además de auxiliar en la arteritis y en estreñimientos espasmódicos, además de estimular la memoria. Este punto se encuentra entre los dos grandes tendones en la parte interior de la muñeca, unos tres dedos a lo ancho debajo de la palma de la mano. Presione el punto con el dedo índice y medio durante dos minutos y repita según sea necesario.

Punto 4IG

Este es uno de los más destacados puntos de presión para aliviar el dolor. Pertenece al meridiano del Intestino Grueso. Trabaja sobre él si deseas aliviar las cefaleas, ciática, resaca,

dolores de muelas y dientes, de lumbares, espalda, de cuello, de hombros, pies, menstruales, conjuntivitis, artritis, estreñimiento, Resfriado, estornudos frecuentes, nariz taponada, ansiedad, parálisis facial, tabaquismo, depresión, golpe de frío, desmayos, afonía, aftas ("fuegos") y para mejorar la digestión.

Para que el efecto sea el esperado, la estimulación debe ser en el punto contrario. Es decir que, si el dolor baja por la pierna derecha, se debe trabajar en la mano izquierda, y viceversa. Si lo haces bien, te dolerá. Uno o dos minutos pueden ser suficientes, pero los beneficios comienzan a aparecer a los 20 o 40 minutos de presión constante. Si no tienes ningún alivio con la presión en una mano, intenta con la otra.

Es un punto que no debe ser siquiera rozado cuando una mujer está embarazada, ya que puede inducir el parto.

Punto 3H

Este punto de acupresión —punto 3 del meridiano Hígado— es bueno para mejorar la memoria y la concentración, estimula la claridad y el enfoque, alivia los dolores de cabeza, alivia los ojos cansados, combate las alergias, y estimula el sistema inmunológico.

Se encuentra en la parte superior del pie, donde los huesos del dedo gordo y el segundo dedo del pie se encuentran (deslízate hacia atrás aproximadamente 2,5 cm (1 pulgada) de modo que puedas sentir el punto entre los huesos del pie). Presione este lugar suavemente durante unos minutos y luego suelte. Repita este proceso 2 o 3 veces al día durante un par de semanas.

Punto 20IG

También llamado "Perfume de bienvenida"—punto 20 del meridiano Intestino Grueso—, ayuda a aliviar las migrañas y el dolor sinusal. Este punto se ubica en el lado exterior de cada fosa nasal, cerca de la parte inferior del pómulo. Aplica una presión profunda y firme o emplea una presión circular. Hazlo durante un minuto.

Punto R1. Punto *Gushing Primavera*

Este tratamiento repercutirá en todo el organismo, ayudando especialmente al sistema inmunológico. Con este punto también se logra acabar con las diarreas, desmayos, sed excesiva, y contribuye a reducir el miedo y angustias. Regula el orinar excesiva o escasamente.

Encuentra el punto 1 del meridiano Riñón en la planta del pie. En primer lugar, coloca tu dedo entre el segundo y tercer huesos de los dedos respectivos. Desciende en dirección al talón y encontrarás el punto a 1/3 del camino, en la zona central.

Se lo utiliza generalmente en combinación con el punto 4 IG para mejorar todas las funciones digestivas en general y fortalecer la salud intestinal.

Punto atrás de la rodilla. El punto 'Comandante de Oriente'.

Uno de los mejores puntos de presión para aliviar el dolor de rodilla, lumbalgia y de la ciática. Es el punto V40 o acupunto 40 del meridiano energético de la Vejiga. También se le utiliza para mejorar dolores de espalda, cadera y para acabar con la pesadez de las piernas, reduce la rigidez en la espalda, la artritis en la rodilla, las caderas y el dolor de la ciática. El punto

Comandante de Oriente se encuentra en la parte posterior de la rodilla, en el centro. Presione suavemente el lugar durante un minuto en cada pierna y repita todos los días o cuando sea necesario. Regula el orinar excesiva o escasamente, problemas de la próstata, eczema, prurito y alergia.

Punto del Tercer Ojo (VG 24,5)

Para aliviar los dolores de cabeza frontales y para estimular la agudeza mental, este punto de presión es excelente para mejorar el estado de ánimo, vértigos y disminuir la sensibilidad al dolor físico. También ayuda a la concentración, a eliminar el estrés, a descongestionar los senos paranasales y a combatir la fatiga crónica, dolores de cabeza, la fatiga visual y el insomnio, así como para aliviar el dolor en los senos y la congestión.

El punto de presión Tercer ojo (perteneciente al meridiano del Vaso Gobernador) se encuentra en el puente de la nariz entre las cejas. Usando el dedo medio, presione suavemente durante unos segundos a 1 minuto y luego suelte. Repita varias veces a la semana.

Punto "Perforación de bambú" o V2

También conocido como punto de "luces brillantes" o V2, ayuda a aliviar los dolores de cabeza ubicados en la parte frontal de la cabeza. Estos puntos de presión se ubican en las esquinas internas de los ojos, justo encima del párpado y en el hueso que rodea el ojo. Este punto es usado en la técnica TAT Tapas Fleming.

Utiliza la yema de los dedos índice para aplicar presión en ambos puntos al mismo tiempo durante un minuto.

Si deseas, puedes estimular cada lado por separado. Solo asegúrate de hacerlo por un minuto en cada uno de ellos.

***Puntos energéticos importantes para este autor**

Punto 14VG o protuberancia de 7ª vértebra cervical

"*Esta técnica pertenece al "Kuatsu", sistema de reanimación japonés. La hemos usado cientos de veces durante cuarenta años, en lipotimias producidas en competencias de artes marciales, en la emergencia de hospitales, en salas de parto, salas de operaciones, etc. Nos ha funcionado consistentemente*" (Andrade, 2011).

Con los dedos de la mano derecha palpa la región posterior del cuello del paciente desvanecido, en la línea media, allí donde la apófisis espinosa de la 7ª. vértebra cervical sobresale de todas las demás (por eso la 7ª. vértebra es llamada "prominente").

Con el talón de su mano derecha, usando un movimiento de extensión de la mano sobre el antebrazo, percute —da golpecitos— secamente de tres a cinco veces en la prominencia de la 7ª vértebra cervical, que en Acupuntura corresponde al punto 14 del Vaso Gobernador.

Zonas en y alrededor de la protuberancia (trago) delante de las orejas:

En esta zona confluyen varios acupuntos importantes, tales como:

Acupunto 21 del meridiano Triple Calentador (21TC).

(19IG) Acupunto 19 del meridiano del Intestino Delgado.

(2VB) Acupunto 2 del meridiano Vesícula Biliar.

(7E) Acupunto 7 del meridiano Estómago.

Además, en esta zona hay una rama del Nervio trigémino, que es uno de los nervios craneales.

6E (acupunto 6 del meridiano Estómago)

Es otro punto importante para el alivio del dolor. Se encuentra en medio de la articulación de la mandíbula, a la altura del borde inferior del lóbulo de la oreja, en el punto que se abulta cuando aprietas los dientes.

Una vez hayas localizado los puntos a ambos lados de la cara, aplica la presión con los pulgares durante un minuto, o proporciona masajes circulares hacia atrás, para dispersar el dolor. Este punto es útil para tratar el dolor de mandíbula, los espasmos, los bloqueos mandibulares, el dolor de muelas en la mandíbula inferior y la hinchazón de la mejilla.

Puntos en la sien (nervio trigémino o Nervio Craneal V)

(23TC) Acupunto 23 del meridiano Triple Calentador. Hay quienes lo estimulan con masajes circulares hacia atrás.

Punto atrás de la oreja TC Hueco atrás de la oreja (en dirección a la hipófisis).

(17TC) Acupunto 17 del meridiano Triple Calentador. Su utilidad es para relajación y reducción del estrés.

Acupuntos a los lados de la boca

Se encuentran a mitad de camino entre 4E (Acupunto 4 del meridiano Estómago) y 16IG (Acupunto 16 del meridiano Intestino Delgado): Zona en el centro del borde inferior del pómulo, a la altura de la base de la nariz. Sirve para provocar bostezos energéticos liberadores de emociones como enojos y frustraciones. Estimulación sugerida por la Gimnasia Cerebral de los Dennison.

Punto en codo exterior

(12IG) Acupunto 12 del meridiano Intestino Delgado. Útil para reducir dolores de muelas. Habiéndolo comprobado este autor con algunas personas. Se estimula ese punto con dos dedos en forma de pinza, por delante y atrás del codo, estirando la piel hacia fuera.

Los puntos bajo las clavículas.

Estos puntos abarcan cuatro meridianos.

(1P) Acupunto 1 del meridiano Pulmón.

(20B) Acupunto 20 del meridiano Bazo.

(15E) Acupunto 15 del meridiano Estómago.

(27R) Acupunto 27 del meridiano Riñón.

Nota 1:* El ***punto gatillo* o *Trigger Point* (abreviados PG o TP) es una zona hiperirritable e hipersensible dentro de una banda tensa de un músculo, que popularmente se conoce como contractura. Las principales características del Punto Gatillo son: Nódulo (nudo) palpable; dolor a la palpación, produciendo un espasmo muscular; dolor referido, porque no se localiza solamente en el punto donde encontramos el nódulo, sino que además se extiende por los alrededores, incluso pudiéndolo encontrar en una zona totalmente distinta a la de la lesión (Cruellas, 2022).

***Nota 2:* Para la localización de los puntos de acupuntura no se pueden utilizar unidades de medida como

centímetros o pulgadas porque hay muchas diferencias de tamaño entre los seres humanos. Por ello se utilizan referencias anatómicas (huesos, tendones) ***y medidas proporcionales o cun***. Por lo que en acupuntura se toma como referencia que:

1 cun es la anchura del dedo pulgar de la mano del consultante.

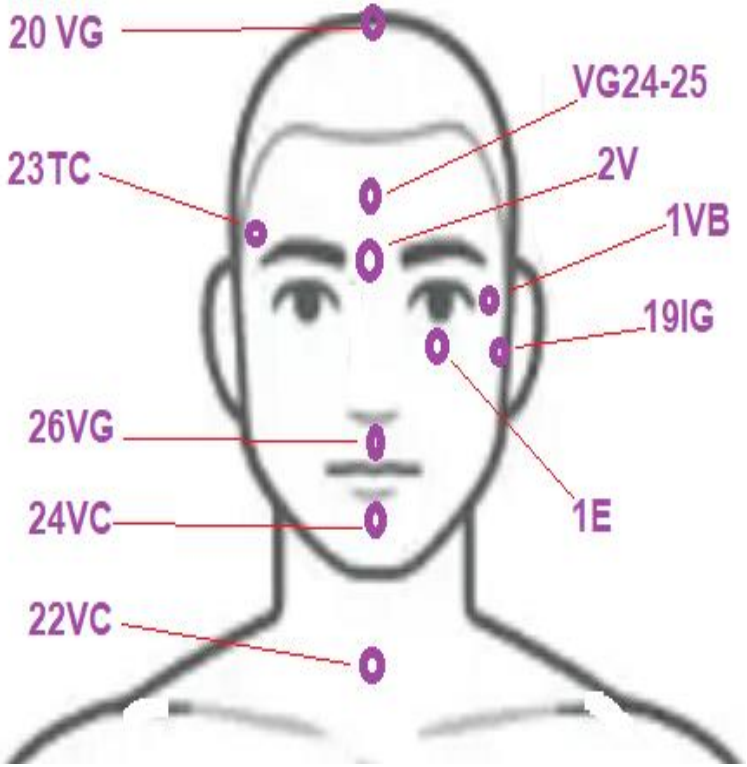
1.5 cun: ancho del dedo índice y dedo corazón juntos.

2 cun: ancho del dedo índice, dedo corazón y dedo anular juntos.

3 cun: ancho del dedo índice, dedo corazón, dedo anular y dedo meñique juntos.

ACUPUNTO	CHAKRA	UBICACIÓN
VC1	1	Perineo, a medio camino entre ano y genitales
VC7	2	5 centímetros bajo el ombligo
VC12	3	2 centímetros arriba del ombligo
VC17	4	En esternón
VC22	5	Hendidura bajo el cuello
VG24-25	6	En el centro de la frente
VG20	7	Coronilla de la cabeza

Tabla de acupuntos de los chakras



Breviario de casos y variantes

A.- William A. Tiller

Profesor emérito de Física de la universidad de Stanford, ha tratado de explicar las relaciones que existen entre la mente, el cuerpo y las energías sutiles. Sugiere que el cuerpo puede ser representado como una antena de transmisión y recepción, siendo el sistema nervioso central (SNC) el portador o guía de onda, utilizando a tal fin sus sistemas simpático y parasimpático. Aparece una energía electromotriz corporal, que genera frecuencias resonantes muy altas. Una parte de esta energía, se origina por el intercambio iónico que producen los movimientos relativos entre las células, músculos y órganos (espectro fotónico). Los huecos o puntos de acupuntura, se comportan como un conjunto de antenas. Estos puntos

sensitivos, están acoplados con el SNC a través de los 14 meridianos de energía (nadis); y tienen la capacidad de transmitir y recibir la energía o Ch'i de acuerdo a la necesidad de los meridianos, de reestablecer su equilibrio energético. Según esta interpretación, el resto de la energía Ch'i entra en el cuerpo desde el exterior, por medio de la respiración y a través de los puntos de acupuntura. Los diferentes estímulos aplicados en ellos, producen la referida amplificación; por ejemplo:

—las agujas metálicas, actúan como antenas transmisoras.

—la presión, estimula el flujo de energía.

—el golpeteo, que conecta y desconecta el circuito, creando una señal discontinua hacia el cuerpo.

B.- Encontrando acupuntos eficaces

El Dr. **Chuck Gebhardt** tiene un método para encontrar los acupuntos energéticos más eficaces, les explica que va a hacer *tapping* en diversos puntos de acupuntura, y les pide que le informen inmediatamente si el malestar empeora, mejora, o si sucede cualquier cosa en cualquier lugar de su cuerpo mientras hace tapping.

Luego comienza la búsqueda de puntos de acupuntura eficaces, seleccionando varios de ellos y estimulándolos unos 5 segundos para ver si hay alguna respuesta. Afirma que, por lo general, un punto que va a responder lo hará dentro de los primeros 3 o 4 segundos. Una vez que haya encontrado el o los puntos que funcionan, pide un nuevo nivel de intensidad para hacer un seguimiento de cómo está yendo el proceso, toma nota de los puntos que funcionan, y continúa probando la siguiente serie de puntos.

Si un punto hace que se sienta relajación, calor u otra sensación agradable en alguna parte del cuerpo, debemos interpretarlo como alentador, y tomamos nota de eso. Si un punto causa malestar en alguna parte, o los síntomas en

cuestión empeoran, ha aprendido a interpretar esto como un signo alentador de que va a encontrar otros puntos que serán de ayuda. Por supuesto, deja inmediatamente de estimular ese punto a fin de no inducir un malestar mayor.

Termina haciendo una anotación breve en sus registros del nivel final de intensidad y una lista de puntos efectivos.

Ha encontrado que, en general, los puntos más cercanos al sitio de los síntomas tienen mayores probabilidades de ser más eficaces que los puntos distantes. Sin embargo, se sorprende constantemente cuando se encuentra en situaciones en las que un punto como la base de los dedos de la mano mejora una zona no relacionada, como la del dolor lumbar. Como probablemente sepan, los meridianos y puntos de acupuntura del lado izquierdo y derecho de nuestros cuerpos, están dispuestos como contraimágenes. *Sin embargo, por lo general, cuando un punto en un lado del cuerpo tiene un efecto, el punto en contraimagen no lo tiene, o puede tener el efecto contrario, o incluso producir una respuesta en un área diferente del cuerpo.* Es importante estar alerta y prestar mucha atención a lo que está sucediendo. Todas las personas son diferentes. Con esta técnica, sería inútil tratar de aplicar una serie de puntos para un determinado síntoma o lugar del cuerpo.

Los puntos de acupuntura son pequeños, por lo general de unos pocos milímetros de diámetro y su ubicación varía de persona a persona. En consecuencia, *cuando hace tapping en un solo punto, agrupa los 5 dedos de mi mano abarcando una mayor superficie para incrementar las posibilidades de que dará en el punto correcto.*

Cuando está buscando acupuntos útiles y hay 2, 3 o incluso 4 puntos al alcance de los dedos de una mano, hace *tapping* sobre todos ellos simultáneamente. También utiliza las dos manos al mismo tiempo en la búsqueda de puntos útiles. Después de descubrir que un grupo de puntos produce

un resultado provechoso, vuelve atrás y prueba individualmente cada uno de los puntos para determinar el que está activo. Hacer *tapping* de esta forma sobre múltiples puntos, es un gran ahorro de tiempo.

Una vez que haya encontrado varios puntos, va a hacer *tapping* simultáneamente sobre ellos para resolver más rápidamente los síntomas. Se detiene cada 10 segundos para pedir un nuevo nivel de intensidad, usando una escala subjetiva. Si encuentra que la respuesta ha dejado de mejorar, y se ha estabilizado, entonces se concluye que se ha alcanzado el máximo beneficio para esa sesión.

C.- Investigación sobre la eficacia de los acupuntos

El análisis involucró 12 estudios que compararon EFT con controles en lista de espera, 5 con complementos y solo 1 comparación con un tratamiento alternativo. Se realizaron análisis de metarregresión y de subgrupos para examinar el efecto de los moderadores en el tamaño del efecto del cambio de síntomas después de EFT. Debido a deficiencias metodológicas, no fue posible determinar si el efecto se debe a la estimulación de puntos de acupuntura o simplemente a elementos de tratamiento comunes con otras terapias (Gilomen & Lee, 2015).

D.- Usar el talón de la mano para *tapping*

En algunas ocasiones, hacer tapping con los dedos se vuelve una tarea incómoda, por lo que está la opción de usar el talón de una mano, ubicado en la parte baja de la palma. En este caso, se tiene la ventaja de usar la flexibilidad de la mano.

Ejemplos de acupuntos o zonas donde se puede usar el talón de mano para el tapping son: músculo ECM (16IG), "pozos o huecos" atrás de la cabeza (20VB), Timo (20VC), bajo la clavícula (27R), zona dolorida (25R), bajo la axila (B21), mandíbula (17IG), orejas.

E.- Touch and Breathe (TAB) + intenciones

Aplicar TAB (Toque y Respiración) al lado de la mano (acupunto 3ID) con una frase de intención de liberar esta creencia. "*Elijo liberarme de mi creencia de que no puedo aceptarme a mí mismo*". Esto también podría expresarse como, "*Elijo liberarme de mi creencia de que tengo que ser muy duro*

conmigo mismo, sus raíces, causas y todo lo que significa y hace para mí y para los demás".

Finalmente, suele ser importante agregar la siguiente declaración a las afirmaciones e intenciones: "*sus raíces, causas y todo lo que significa y hace para mí y para los demás*" (Diepold, Britt & Bender, 2004).

Referencias

ACEP: https://www.energypsych.org/

ACEP updated evidenced september 2022: https://irp.cdn-website.com/d7d8897f/files/uploaded/EP%20Hierarchy%20of%20Evidence_September%202022.pdf

Aguado Benedí, María José (1998). Resistencia de la piel al paso de la corriente eléctrica en adultos trabajadores. Universidad Complutense de facultad de medicina.departamento de medicina legal. Tesis doctoral. Director: César Borobia Fernández. Madrid.

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2020). "Más allá del tapping…AMSB". Publicación Independiente en Kindle.

Andrade, Joaquin (2011). "De la energía a la neurociencia". Conferencia en el 6º Encuentro Internacional de Técnicas de Liberación Emocional: https://www.youtube.com/watch?v=neu6EZB0Td4

Bender, S. & Sise, M. (2007). The energy of belief: Psychology's power tools to focus intention and release blocking beliefs. Santa Rosa, CA: Energy Psychology Press.

Callahan (1985). Five Minute Phobia Cure. How Executives Overcome the Fear of Public Speaking and Other Phobias. McGraw-Hill Inc.,US

Callahan (1991). Why Do I Eat When I'm Not Hungry?: How to Use Your Body's Own Energy System to Treat Food Addictions With the Revolutionary Callahan Techniques. USA: Doubleday

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Chambless D., Hollon S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. J. Consult. Clin. Psychol. 66, 7–18. 10.1037/0022-006X.66.1.7

Cherkin DC, Sherman KJ, Avins AL, Erro JH, Ichikawa L, Barlow WE, Delaney K, Hawkes R, Hamilton L, Pressman A, Khalsa PS, Deyo RA. A randomized trial comparing acupuncture, simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. Arch Intern Med. 2009 May 11;169(9):858-66. doi: 10.1001/archinternmed.2009.65.

Church D, Stapleton P, Vasudevan A, O'Keefe T. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. Front Psychol. 2022 Nov 10;13:951451. doi: 10.3389/fpsyg.2022.951451.

Church D, Stapleton P, Yang A, Gallo F. Is tapping on acupuncture points an active ingredient in emotional freedom techniques? A systematic review and meta-analysis of comparative studies. J Nerv Ment Dis. 2018; 206: 783-793.

Church D, Stapleton P, Kip K, Gallo F. Corrigendum to: Is Tapping on Acupuncture Points an Active Ingredient in Emotional Freedom Techniques: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. J Nerv Ment Dis. 2020 Aug;208(8):632-635. doi: 10.1097/NMD.0000000000001222. Erratum for: J Nerv Ment Dis. 2018 Oct;206(10):783-793. PMID: 32740561.

Church D. The EFT Manual. 3rd ed. Energy Psychology Press; Santa Rosa, CA, USA: 2013. Recuperado de: https://energypsychologycertification.com/wp-content/uploads/EFT_Manual_3rdEd_withCover.pdf

Church, Dawson (2017). "The EFT Manual". Fourth edition. USA: Energy Psychology Press www.EFTUniverse.com

Church D, Stapleton P, Mollon P, Feinstein D, Boath E, Mackay D, Sims R. Guidelines for the Treatment of PTSD Using Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques). Healthcare (Basel). 2018 Dec 12;6(4):146. doi: 10.3390/healthcare6040146.

Church D. (2013a). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. Psychology 4, 645. 10.4236/psych.2013.48092

Cobos Romana, R. (2013). Acupuntura, electroacupuntura, moxibustión y técnicas relacionadas en el tratamiento del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 20(5), 263-277. https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462013000500006

Craig, G. y Fowlie, A. (1995). "Emotional Freedom Techniques: The Manual". The sea ranch, CA

Crooks, Jaqui (2022). Tap into Ancestral Healing: Clearing your past, transforming your present and creating your magical future with EFT (English Edition). Purple Star Publishing: Gran Bretaña

Cruellas, Laura (2022). Trigger points (TP) o punto gatillo (PG). Recuperado de: https://corporal.center/trigger-points-tp-o-punto-gatillo-pg/

Diepold, John H. (August, 2000) Touch and Breathe: An Alternative Treatment Approach With Meridian Based Psychoterapies. Traumatology, Vol. 6, No. 2

Dorshera, P T. y Fleckenstein, J. Puntos gatillo y puntos de acupuntura clásica. Primera parte: Relaciones anatómicas cualitativas y cuantitativas. Trigger Points and Classical Acupuncture Points. Part 1: Qualitative and quantitative anatomic correspondences*. Elsevier, Vol. 3. Núm. 1. páginas 15-25 (Enero 2009). Doi: 10.1016/S1887-8369(09)70434-X

Feinstein D. Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. Explore. 2019; 15: 340-351.

Feinstein D. The Energy of Energy Psychology. OBM Integrative and Complementary Medicine 2022;7(2):28; doi:10.21926/obm.icm.2202015

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Gebhardt, Chuck MD. How a physician uses EFT. Recuperado de: https://www.emofree.com/articles-ideas/general-ideas/gebhardt-ideas-article.html

Gilomen, Sandro & Lee, Christopher. (2015). The efficacy of acupoint stimulation in the treatment of psychological distress: A meta-analysis. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 48. 140-148. 10.1016/j.jbtep.2015.03.012.

Goodheart, G. J. (1987). You'll be better. Geneva, OH: Self Published.

Langevin HM, Churchill DL, Cipolla MJ. Mechanical signaling through connective tissue: A mechanism for the therapeutic effect of acupuncture. FASEB J 2001;15:2275-82. Tabla comparativa:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462013000500006#t2

Li AH, Zhang JM, et al. Human acupuncture points mapped in rats are associated with excitable muscle/skin-nerve complexes with enriched nerve endings. Brain Res 2004;1012(1-2):154-9.

Melzack R, Stillwell DM, Fox EJ. Trigger points and acupuncture points for pain: correlations and implications. Pain. 1977 Feb;3(1):3-23. doi: 10.1016/0304-3959(77)90032-X.

Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Vol. 1. Baltimore: Williams and Wilkins; 1983.

Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual: the lower extremities. Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins; 1992.

Stapleton, Peta, Ph.D. (2019). "The Science behind Tapping. A proven stress management technique for the mind & body". Hay House, Inc.: USA

Takakura N, Yajima H. Analgesic effect of acupuncture needle penetration: A double-blind crossover study. Open Med. 2009; 3: e54.

Tiller, William (1997). "Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness". Pavior; 1st Printing edición. Ha publicado varios libros, más de 250 artículos científicos convencionales y más de 100 temas sobre psicoenergética.

Torregrosa, Emilio (2021). Acciones neurofisiológicas y cerebrales del punto VB34. Publicada en 28/12/2021. Recuperado de. https://www.alicanteacupuntura.com/neurofisiologia-punto-vb34/

Walther, David S. (1988). Applied Kinesiology: Synopsis. Publisher: Systems DC

38.- LOS MERIDIANOS

Creo que es pertinente detenerme un poco en los meridianos de energía por mencionarlo en varias ocasiones en este libro.

Explica el Dr. Joaquin Andrade (2020) que, durante muchos años, investigadores en China y otros países, intentaron verificar la antiquísima hipótesis tradicional sobre la existencia de un sistema de canales (equivocadamente denominados meridianos), con lugares *(loci)* topográficamente precisos sobre ellos (*hsue*, erróneamente llamados puntos) por los que circularía una hipotética energía (qi), cuyos bloqueos y desequilibrios generarían enfermedades, las que se corregirían mediante maniobras de intervención sobre esos *loci*. Añade que los puntos de acupuntura, llamados *Hsue* en la medicina china (la correcta traducción del mandarín es "agujero" más que "punto") son zonas de la piel que tienen ***mecanorreceptores*** en una particular y alta densidad, y gran cantidad de terminaciones nerviosas libres y neurovasculares. Las señales que se inician cuando se estimula un punto hsue se conducen por una vía nerviosa aferente, y alcanzan la corteza cerebral, la amígdala y el hipocampo. Y los diferentes puntos *hsue* mandan señales que convergen entre sí, las que pueden liberar uno o más neurotransmisores.

Según el experto Staehle (2008), los meridianos son canales por donde circula la energía Yin y Yang. En realidad, sería un solo canal que recorre el cuerpo, pero los chinos los estructuran en varios canales o meridianos interconectados, según su sistema de medicina tradicional.

Gallo (2022) señala que el sistema chino detalló 12 meridianos primarios bilaterales, cada uno de los cuales pasa a través de un órgano específico del cuerpo, incluidos los pulmones, el corazón, el estómago y el hígado, además de los meridianos colectores, que se cruzan en la parte delantera y

trasera del cuerpo y entran en el cerebro. También hay una serie de vías colaterales que se interconectan con los meridianos primarios. Todo el sistema está interconectado con un flujo de energía llamado Qi o chí (pronunciado "chee"). Qi parece ser energía electromagnética y sutil.

Este tipo de meridianos y de energía aún no se han podido encontrar de manera directa en el cuerpo físico. Solamente ha habido investigaciones con datos preliminares o que todavía no han sido corroborados por otros investigadores. Sin embargo, hay resultados impactantes en los efectos de EFT y Acupuntura, en más de 150 investigaciones publicadas en revistas prestigiadas, que se basan en estos meridianos.

Estos meridianos o canales transportan esa misteriosa energía sutil a través del cuerpo, conectados en una serie de puntos energéticos, que en Acupuntura se llaman acupuntos.

El Dr. L. Ganem refiere que existen 360 acupuntos principales, de los cuales suelen ser 5 puntos energéticos principales en cada uno de los 12 meridianos.

Además de los 12 meridianos primarios, se tienen otros canales energéticos secundarios: 2 vasos colectores y 6 canales extraordinarios adicionales.

Para entender más a fondo este tema es necesario que el lector profundice en las energías Yin y Yang, que son complementarias y dinámicas, y en los 5 elementos del sistema tradicional chino.

Brevemente, la energía Yang es luz, calor, sequedad, externa, movimiento, defensiva. Mientras que la energía Yin es oscuridad, frío, humedad, interna, reposo, receptiva.

Ante un exceso de energía Yang —tensión, inflamación, ansiedad, etc.— se recomienda dispersar esa energía: en la digitopuntura sería dar masaje en dirección contraria al sentido del reloj durante uno o dos minutos ¿dónde? En los puntos energéticos pertinentes de cada meridiano. En la Acupuntura sería colocar una aguja en un punto energético pertinente y

girándola hacia la izquierda.

Ante un exceso de energía Yin —indolencia, relajamiento excesivo, salida excesiva de orina o sangre, etc.— se recomienda tonificar esa energía: en la digitopuntura sería dar masaje en dirección del sentido del reloj durante uno o dos minutos ¿dónde? En los puntos energéticos pertinentes de cada meridiano. En la Acupuntura sería colocar una aguja en un punto energético pertinente y girándola hacia la derecha.

Afirma Collazo (2012): "*Conforme avanza la investigación se dilucidan mejor estos mecanismos y se tiene una mayor y mejor apreciación de la cultura milenaria china, su filosofía y los misterios de la acupuntura. Las primeras comunicaciones entre científicos chinos se presentaron como las interrelaciones del Yin y el Yang, lo que hoy podemos explicar como el sistema nervioso simpático y parasimpático, permitiendo una visión más académica de esta medicina milenaria*".

Existen 6 meridianos energéticos que son de energía Yang —o Parasimpáticos, en la lógica de Collazo—, por estar en el exterior de la piel y contactar el exterior: boca, ojos, nariz, ano y otras cosas. Estos meridianos son: Estómago, Intestino Delgado, Intestino Grueso, Vesícula Biliar, Vejiga, y Triple Calentador.

Los 6 meridianos Yin se relacionan con órganos que están almacenados de sangre y en ubicados en el torso. Estos meridianos son: Bazo, Corazón, Maestro Corazón, Pulmones, Hígado, Riñones.

Los meridianos llevan el nombre de los órganos con los que están relacionados. También, los meridianos son bilaterales, es decir, están ramificados tanto en el lado izquierdo como en el derecho.

Todos los meridianos comienzan o terminan al lado de una uña —ángulo ungular—, de la mano o del pie, a excepción del meridiano de los Riñones que inicia en el centro de la planta del pie y termina en un punto bajo la clavícula.

En cada meridiano hay un punto principal de tonificación,

uno de dispersión, puntos reguladores o llaves, un punto Ting de inicio o término en la mano o pie, un punto 'Lo' de armonía Ying-Yang, además de un punto 'Mo' donde actúa sobre el órgano del que trata el meridiano. Además de un punto

Los puntos de tonificación y dispersión de los meridianos están siempre situados al final de las extremidades, bajo el codo y bajo la rodilla.

***Meridiano Pulmones**

Inicio: P1, en el borde superior de la segunda costilla, a pocos centímetros del comienzo de la axila.

Término: P11, en ángulo ungular externo del dedo pulgar de la mano.

***Meridiano Riñones**

Inicio: R1, en el centro de la planta del pie.

Término: R27, a ambos lados del esternón, bajo la clavícula.

***Meridiano Corazón (Pericardio)**

Inicio: 1C, bajo la axila.

Término: 9C, en ángulo ungular del dedo meñique de la mano, en dirección al dedo anular.

***Meridiano Corazón (Maestro)**

Inicio: 1MC, a pocos centímetros del pezón.

Término: 9MC, en ángulo ungular del dedo medio de la mano, en dirección al dedo índice.

***Meridiano Bazo**

Inicio: 1B, en ángulo ungular externo de dedo pulgar del

pie.

Término: B21, en el costado del tórax, en el sexto espacio intercostal, por donde suele colocarse parte del brasier.

***Meridiano Hígado**

Inicio: H1, en ángulo ungular del dedo pulgar del pie, en dirección al dedo índice.

Término: H14, bajo el seno o tetilla

***Meridiano Intestino Delgado**

Inicio: 1ID, en ángulo ungular externo del dedo meñique de la mano.

Término: ID19, en hendidura contra el trago —protuberancia— de la oreja.

***Meridiano Triple Calentador**

Inicio: TC1, en ángulo ungular del dedo anular de mano, en dirección al dedo meñique.

Término: TC23, en el ángulo externo de la ceja.

Triple Calentador es el sistema de energía que gobierna la respuesta de lucha o huida, el sistema inmunológico y las formas habituales del cuerpo de manejar el estrés o la amenaza. Está continuamente buscando peligro. Cada vez que se identifica una amenaza o una amenaza potencial, el triple calentador moviliza las energías del cuerpo para responder a la amenaza, basándose en estrategias de defensa heredadas, como la respuesta inmunitaria o el mecanismo de lucha o huida. Su tarea esencial es identificar amenazas y protegerte, tanto internamente (respuesta inmune) como externamente (lucha o huida).

***Meridiano Vejiga**

Inicio: V1, en el ángulo interno del ojo.

Término: V67, en ángulo externo del dedo meñique del pie.

***Meridiano Estómago**

Inicio: E1, en la hendidura bajo el ojo, al centro.

Término: E45, ángulo ungular del dedo índice del pie, en dirección al dedo medio.

***Meridiano Vesícula Biliar**

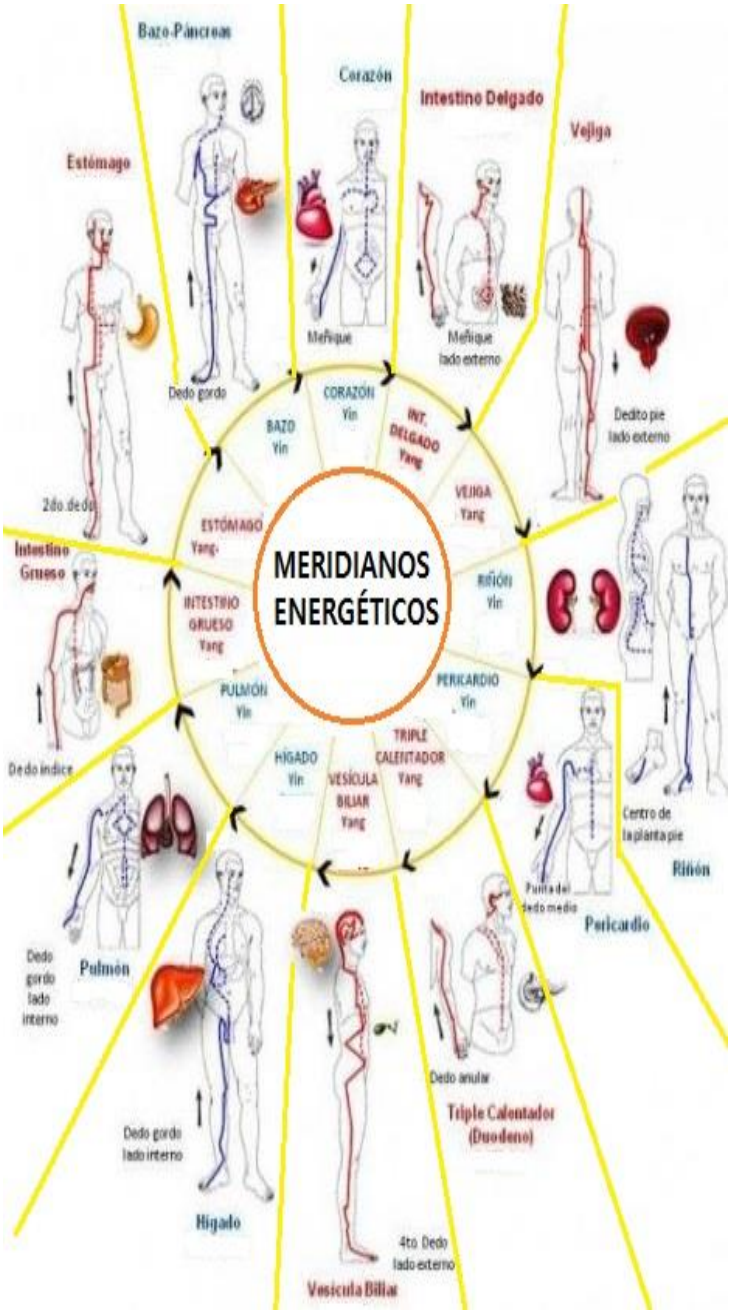
Inicio: VB1, en el ángulo externo del ojo.

Término: VB44, en ángulo ungular del dedo anular del pie, en dirección al dedo meñique.

***Meridiano Intestino Grueso**

Inicio: 1IG, en ángulo ungular del dedo índice de la mano, en dirección al dedo pulgar.

Término: IG20, en la hendidura justo debajo de la aleta nasal.


MERIDIANOS ENERGÉTICOS
Bazo-Páncreas
Corazón
Intestino Delgado
Vejiga
Estómago
Intestino Grueso
Riñón
Pericardio
Triple Calentador (Duodeno)
Vesícula Biliar
Hígado
Pulmón
Dedo gordo
Meñique
Meñique lado externo
Dedito pie lado externo
2do dedo
Dedo índice
Centro de la planta pie
Punta del dedo medio
Dedo anular
4to Dedo lado externo
Dedo gordo lado interno
Dedo gordo lado interno
CORAZÓN Yin
INT. DELGADO Yang
VEJIGA Yang
RIÑÓN Yin
PERICARDIO Yin
TRIPLE CALENTADOR Yang
VESÍCULA BILIAR Yang
HÍGADO Yin
PULMÓN Yin
INTESTINO GRUESO Yang
ESTÓMAGO Yang
BAZO Yin

VASOS ENERGÉTICOS

Además de los 12 meridianos hay 6 vasos maravillosos, que son como esclusas para funcionar en el reequilibrio de los meridianos, y se tienen 2 Vasos energéticos importantes que recorren en vertical en pleno centro del torso del cuerpo humano, en sus partes anterior y posterior.

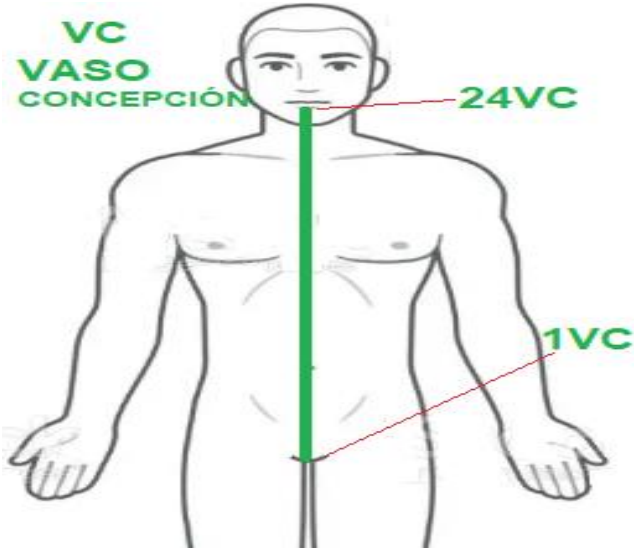
Vaso Concepción:

Inicio: 1VC, ubicado en el perineo, a mitad de camino entre ano y genitales.

Término: 24VC, ubicado bajo la boca, en el centro del mentón.

De energía Yin, para hacer funcionar el reequilibrio en este vaso se necesitan dispersar los siguientes puntos energéticos: 7P, 6R, 1VC, y 24VC.

Según Diamond (1985), el ***vaso central*** —Concepción—se asocia con el estado emocional de vergüenza.

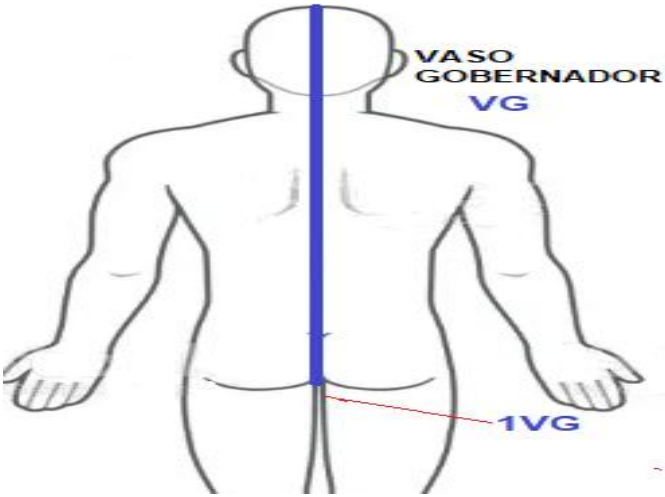


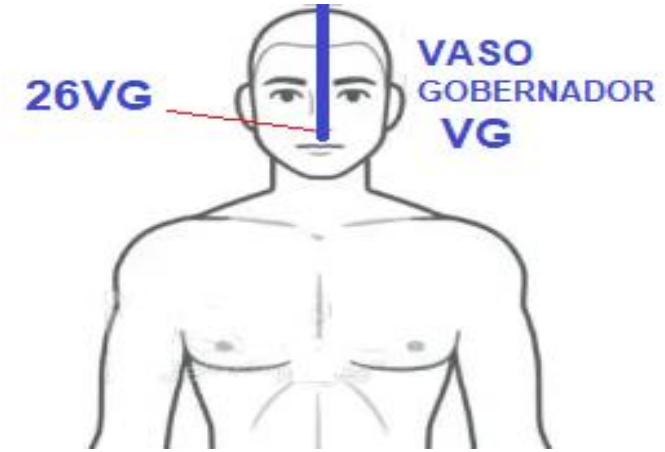
Vaso Gobernador:

Inicio: 1VG, ubicado en el cóccix, al final de la columna vertebral.

Término: 26VG, ubicado bajo la nariz.

De energía Yang, para hacer funcionar el reequilibrio en este vaso se necesitan dispersar los siguientes puntos energéticos: 3ID, 62V, 1VG, y 26VG.





Subir la cremallera —Zip-Up—

El meridiano central, Vaso Concepción (energía Yin), es la vía de energía que sube por el centro frontal de su torso, y

se une al meridiano de la vejiga (energía Yang) para mantener el funcionamiento óptimo de su sistema nervioso central. El meridiano central, cuyo camino corre directamente arriba y se conecta con cinco de sus siete chakras. El simple hecho de pasar la mano por este meridiano entreteje las energías del meridiano central, y esta es una forma natural de autoprotección. El meridiano central corre como una cremallera desde el hueso púbico hasta la parte inferior del labio, y puede usar las energías electromagnéticas de sus manos para "cerrarlo". El ***Zip-Up*** —Subir la cremallera— te ayudará a: sentirte más confiado, pensar más claramente, aprovechar tus fortalezas internas, y protegerte de las energías negativas que puedan estar a tu alrededor.

El Zip-Up también se puede combinar con una afirmación, frase o una imagen positiva.

1. Toque enérgicamente los puntos 27R bajo la clavícula para asegurarse de que sus meridianos se muevan hacia adelante.

2. Coloque sus manos en el extremo inferior del meridiano central, que está en su hueso púbico.

3. Inhala profundamente mientras mueves simultáneamente las manos, lenta y deliberadamente, hacia el centro de tu cuerpo, hasta el labio inferior.

4. Continúe hacia arriba, pasando las manos por los labios y elevándolas hacia el cielo.

5. Mientras va exhalando lentamente, haga un círculo con los brazos hacia abajo hasta la pelvis.

6. Haz dos rondas más.

Breviario de casos y variantes

A.- Barbara Brennan

Los científicos de hoy en día llaman a los campos de energía medible asociados a sistemas biológicos «campos bioenergéticos». Por otro lado, los términos «aura» y «campo energético humano» son utilizados por los sanadores para designar esos campos energéticos humanos. Es importante efectuar aquí una distinción, por cuanto se han medido los campos bioenergéticos en laboratorios, mientras que el aura o campos energéticos humanos se conocen a partir de las observaciones personales y clínicas de personas que recurrieron a la elevada percepción sensorial. En el primer caso, la información medida está limitada por el estado del instrumental, mientras que, en el segundo, la información medida está limitada por la claridad y coherencia del observador con la EPS. En mi opinión, las mediciones del campo bioenergético mantienen una intensa correlación con las observaciones de la EPS (Brennan, 2013).

Los campos de energía asociados al cuerpo humano han sido medidos con aparatos como el electroencefalógrafo (EEG), electrocardiógrafo (ECG) o el instrumento de interferencia cuántica superconductora (o SQUID, un magnetómetro de alta sensibilidad).

B.- ¿Ignorar los meridianos?

Treviño afirma que "*En realidad, tener conocimientos sobre los meridianos no tiene un beneficio perceptible de cara a aplicar tratamientos de EFT con éxito*".

C.- Gráficas de meridianos

https://elenasepulveda.com/wp-content/uploads/2022/04/Poster-Meridianos.png

Otras páginas recomendables sobre gráficas de meridianos:

https://lotoblanco.com/2018/10/03/jing-luo-meridianos-ubicacion-y-recorrido/

http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/ok_04a_canales_y_colaterales2.pdf

Referencias

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2020). “Más allá del tapping…AMSB”. Publicación Independiente en Kindle.

Brennan, Barbara (2013). ”Hágase la Luz. Manos que curan 2”. México: Martínez Roca.

Collazo, E. (2012). “Fundamentos actuales de la terapia acupuntural”. Versión impresa ISSN 1134-8046. Revista de la Sociedad Española del Dolor vol.19 no.6 Madrid nov./dic. 2012:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600007

Diamond, John (1985). “Life Energy”. Ed. Dodd Mead: EE. UU.

Gallo, Fred P. (2022). The Tapping Toolbox: Simple Body-Based Techniques to Relieve Stress, Anxiety, Depression, Trauma, Pain, and More. PESI Publishing, Inc.

L. Ganem, Octavio Nauhm (1995). Asesor y Coordinador de Alternativas de Salud en Revista ‘Natura’, de México

Staehle, Jacques (2008). “Tratado de Digitopuntura. Una energía que cura”. España: Sirio

Treviño Fernández, Eduardo, recuperado de: https://academiaeft.com/web/la-ciencia/

39.- DEL EFT CLÁSICO AL EFT CLÍNICO

"La causa de toda emoción negativa es una ruptura

en el sistema energético del cuerpo."

Gary Craig. Creador del EFT

Quizá la más popular de las terapias energéticas, o de la también llamada Psicología Energética, sea el EFT.

Comúnmente abreviadas como EFT, por sus siglas en inglés (*Emotion Freedom Techniques*), estas **técnicas de liberación emocional** han sido descritas como una forma de "acupuntura emocional" pero sin la utilización de agujas, más bien utilizando el *tapping* o percusión con uno o más dedos de una mano en alguna zona del cuerpo que se considere uno de los 14 puntos energéticos seleccionados por Gary Craig.

EFT es un procedimiento simple, rápido y eficaz que permite reequilibrar el sistema energético del cuerpo, permitiendo resolver las cuestiones emocionales pendientes, que son la causa principal de muchas de las enfermedades físicas, disfunciones psicológicas y limitaciones en el desarrollo personal. Tiene sus raíces en la antigua medicina china (acupuntura) basada en un sistema energético de meridianos.

EFT es una forma de psicoterapia alternativa que está basada en la hipótesis de que *las emociones negativas están causadas por desequilibrios en el campo energético del cuerpo*. Lo que se hace para volver a equilibrarlo es lo que en inglés se llama '*tapping*' —dar golpecitos suaves con las yemas de los dedos— en los puntos de la acupuntura, mientras el consultante

está enfocado en la emoción o asunto a tratar. Con esto se neutraliza la emoción negativa y se activan de forma natural los mecanismos autocurativos y regeneradores del cuerpo. Por supuesto que esta técnica no es de las “milagrosas” y un servidor sugiere se utilice como complemento a otras técnicas psicoterapéuticas y/o médicas, según el problema a tratar. En el caso de mí como autor, la he usado como complemento a las técnicas que uso en mis sesiones.

Entre los pensamientos/emociones y los síntomas de traumas /enfermedades existe un intermedio donde actúa el sistema energético...ésta es la diferencia entre esta técnica y las demás, el EFT no actúa en los pensamientos o emociones sino en el sistema energético, en la parte intermedia de la triada causa-energía-efecto, mientras que otras técnicas se abocan a tratar los pensamientos, emociones, síntomas o las conductas.

Extraído del Manual de EFT de Gary Craig (1995), se resume el procedimiento, que tendrá que ser repetido durante unos minutos y con un poco de pericia en la observación de los cambios en nuestro estado emocional.

1. Encontrar sobre qué trabajar:

- Sensaciones físicas: presión, tensión, respiración, dolor.

- Malestar emocional: pena, miedo, cabreo, ansiedad, apatía, cansancio, compulsión, estrés, euforia.

- Sucesos recientes que te hayan causado malestar: con la pareja, hijos, trabajo, etc.

- Cosas del pasado, que hubiera preferido no vivir: frustraciones, rencores, eventos dolorosos, accidentes, perdida seres queridos, etc.

- Pensamiento creativo: también puedes trabajar "en positivo" eligiendo qué quieres crear en tu vida, qué "falta en tu vida" o que cambiarías para que fuera más perfecta. Imagina que ya ha ocurrido y si sientes algún "pero", ahí puedes usar EFT.

2. Concretar el asunto específicamente:

Para tratar de buscar:

-***Una sensación corporal***. Checar en qué parte de nuestro cuerpo resuena el problema.

-***Una valoración del problema***, en una escala de 0 a 10.

-***Una frase****. Por ejemplo, buscar una palabra del problema y agregarla a una de las siguientes frases:*

Aunque tengo este _____ me acepto.

Aunque tengo este _____, me acepto profunda y completamente.

Aunque tengo este _____, me quiero y me acepto.

Todas estas afirmaciones son correctas porque siguen el mismo formato general. Es decir, reconocen el problema y crean una auto-aceptación, a pesar de la existencia del problema. Esto es fundamental para que la afirmación sea efectiva.

Ejemplo, si la palabra fuera: "pesadillas", las frases posibles (elegir una) a trabajar serían:

Aunque tengo estas pesadillas, me acepto.

Aunque tengo estas pesadillas, me acepto profunda y completamente.

Aunque tengo estas pesadillas, me quiero y me acepto.

3.-Hacer tapping de la Receta Básica (en los 14 puntos energéticos):

Cada meridiano y vaso energético tiene dos puntos terminales (inicio y fin). Para los propósitos de La Receta Básica, solamente necesitas estimular un punto terminal para equilibrar cualquier trastorno que pueda existir en el meridiano. Los puntos que vamos a utilizar son superficiales, por lo tanto, puedes tener más fácil acceso a ellos que si se tratara de otros puntos de los

meridianos que existen a mayor profundidad (profundizar esto en el capítulo dedicado en este libro a ***los meridianos***).

Entre los puntos energéticos se tiene a los siguientes:

Punto del entrecejo: En el inicio interno de cada ceja se tienen puntos energéticos asociados a los inicios del meridiano energético de la Vejiga.

Punto al lado del ojo: En el ángulo externo del ojo. Inicio del meridiano energético de Vesícula Biliar.

Punto bajo el ojo: En la hendidura bajo el ojo, al centro. Es el inicio del meridiano energético del Estómago.

Punto bajo la nariz: Bajo la nariz, al centro. Es el final del vaso energético Gobernador.

Punto bajo la boca: Bajo la boca, en el centro del mentón o barbilla. Es el final del vaso energético Concepción.

Punto bajo la clavícula: Es el punto en donde se encuentran los huesos del inicio de la clavícula, y la primera costilla. Para ubicarlo, primero, se pone el dedo en la muesca en forma de "U" entre los dos huesos de la clavícula, arriba del esternón (cerca de dónde un hombre hace nudo a su corbata). Desde esa cavidad en U se mueve el dedo índice abajo (hacia el ombligo) unos 3 centímetros, y luego se lleva ese dedo a la izquierda (o derecha) 5 cm. Ahí termina el meridiano energético del Riñón.

Punto bajo la axila: En el costado del cuerpo, a la altura de la tetilla (en los hombres) o en medio de la tira del sostén (en las mujeres), aproximadamente a 10-15cm abajo de la axila. Ahí termina el meridiano energético del Bazo.

Punto bajo la tetilla: Para los hombres, 5 cm. debajo de la tetilla. Para damas, donde la piel del seno encuentra el muro del pecho. Este punto ha sido agregado posteriormente a los 13 puntos energéticos que se trabajaban en la segunda parte de la década de 1990. Es el término del meridiano energético del

Hígado.

Punto al lado del dedo índice: (el lado frente a tu pulgar) en la base de la uña, en dirección al dedo pulgar. Inicio del meridiano energético Intestino Grueso.

Punto al lado del dedo medio: (hacia el pulgar) en la base de la uña. Final del meridiano Maestro Corazón.

Punto al interior del meñique: (el lado más cerca de tu pulgar) en la base de la uña. Final del pericardio corazón.

Punto al interior del pulgar: En ángulo externo de la base de la uña del dedo pulgar. Ahí termina el meridiano energético de los Pulmones.

Punto Kárate: (PK) El punto al lado del dedo meñique de la mano es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del intestino delgado (**3ID**), ubicado en el borde cubital de la mano en el pliegue de la palma cuando se cierra el puño. Este punto de acupuntura está aproximadamente a 1 pulgada por debajo del pliegue donde el dedo meñique se encuentra con la mano.

Punto Gama: El punto Gama (PG) implica tocar simultáneamente en el dorso de las manos, a 1 cm por debajo del punto central entre los nudillos a la base del dedo anular y el meñique. Es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del triple calentador (**3TC**). Se le pone énfasis cuando se detecta que la persona no presenta integración cerebral de los hemisferios. Se tiene un procedimiento especial para contribuir a la integración cerebral, consistente en estimular el punto *Gamut* (Gamma o Rango) y simultáneamente realizar 9 tareas (mientras se estimula el punto Gama con *tapping*, masaje o acupresión) que ya se señalaron en el capítulo anterior.

4. Volver a observarnos:

Buscar cambios: Intensidad, Sensaciones corporales, Cambios en las emociones, etc.

5. Repetir el proceso:

Seguir repitiendo el proceso durante unos minutos, 10 o 20 estaría bien, ajustando la frase que utilicemos a los cambios que vayamos detectando con cada ronda de *tapping*.

Afirma Fred Gallo que Gary Craig dejó de usar los nueve tratamientos de gama (9G) desde 1999.

La **receta básica inicial de EFT** incluía los siguientes puntos energéticos de tratamiento, según lo designado por Craig (1993):

Comienzo del entrecejo; bajo el ojo; bajo la clavícula; bajo el brazo; dedo índice; dedo meñique; procedimiento de 9 gamas y tratamiento de Reversión Psicológica en el punto karate.

La receta básica revisada de EFT (Craig y Fowlie, 1995). incluye los siguientes puntos de tratamiento abreviados por Craig y Fowlie:

Inicio de cejas; lado del ojo; bajo el ojo; bajo la nariz; barbilla; bajo la clavícula; bajo del brazo; dedo pulgar; dedo índice; dedo medio; dedo meñique; punto de kárate y punto gama (9 Gamas).

Resumen de los puntos de tratamiento de EFT (Brockman, 2008)

Punto Meridiano	Meridiano	*Aborda estas emociones*
Ceja (EB)	Vejiga	Trauma, frustración.
Lado del ojo (SE)	Vesícula biliar	rabia, resentimiento
Debajo del ojo (UE)	Estómago	Disgusto, ansiedad, nerviosismo
Debajo de la Nariz (ONU)	Vaso de gobierno	Miedo al fracaso, vergüenza
Debajo del labio inferior (UBL)	buque concepción	Vergüenza
Debajo de la clavícula (UCB)	Riñón	Miedo, inseguridad
Bajo el brazo (UA)	Bazo	Baja autoestima,
Debajo del Pecho (UB)	Hígado	inseguridad Ira, infelicidad
Pulgar (T)	Pulmón	Pena, arrogancia
Dedo índice (IF)	Intestino grueso	Culpa, dogmatismo
Dedo medio (MF)	Pericardio	Celos, arrepentimiento,
Dedo meñique (LF)	Corazón	antojos Ira
Lado de la mano (SH)	Intestino delgado	Pérdida, tristeza, vulnerabilidad
Dorso de la mano (BH)	Calentador triple	Depresión, confusión cognitiva

Siendo EFT la joya de la corona en la Psicología Energética, merece la pena detenernos algo de tiempo para describir su cronología.

1990-1993: Gary Craig, ingeniero de la Universidad de Stanford, estudia la terapia TFT de Roger Callahan, capacitándose con este. La encuentra útil, pero en 1993 la simplifica a estimular con tapping 8 puntos energéticos donde empiezan o terminan meridianos de energía usados por la acupuntura china. Es decir, no sigue los algoritmos o fórmulas que estableció Roger Callahan, **sino que simplifica todo ello tomando en cuenta los puntos energéticos comunes a dichos algoritmos**. *Esta medida sería determinante para que otras personas tomaran de base a EFT y, en pocos años, surgieran nuevos enfoques de terapias energéticas "primos-hermanos" de EFT*, como *BSFF, Faster EFT, Touch and Breathe, Emotrance, Matrix Reimprinting*, entre otras.

1995: Los años anteriores, Gary Craig se dedicó a practicar y refinar EFT, hasta que en 1995 presentó su técnica con 13 puntos energéticos a estimular, en una colección de videos, donde la explicaba y presentaba casos en los que él solucionaba problemáticas de personas.

1995-1999: Después, Gary Craig lanzó su Manual EFT, que puso a disposición para su descarga gratuita como libro electrónico en www.emofree.com teniendo a la fecha —junto con el Mini-Manual EFT— más de dos millones de descargas en diversos idiomas. Esto incrementó la popularidad y crecimiento de su técnica, que empezó a recabar miles de testimonios favorables en su web.

Pero con esa falta de control, diferentes partes de la comunidad de EFT tenían diferentes ideas sobre la dirección de la técnica. Algo que Craig lamentaría años después porque se dio cuenta que se desvirtuó su legado.

1998: Silvia Hartmann y la cofundadora Chrissie Hardisty fundaron "*The Association for Meridian Therapies*" (The AMT), el primer organismo certificador de energía moderna del mundo, cuya misión era nutrir y promover el campo "emergente" de ese

tipo de terapias energéticas. Posteriormente, el nombre se cambió a "*The Association for Meridian and Energy Therapies*" en 2006 y finalmente a ***The Guild of Energists*** (GoE) en 2016, para ser el organismo certificador original de practicantes de EFT profesionalmente capacitados y asegurados. Y cabe destacar que Hartmann ha sido la Presidenta de esa Asociación desde su fundación a la fecha que se escribe este libro (2023).

1999: Silvia Hartmann estuvo muy involucrada con *Classic EFT* en la década de 1990, escribió en 1999 el primer libro sobre EFT: "*Adventures in EFT: The Essential Field Guide to Emotional Freedom Techniques*" —Aventuras con EFT—, uno de los mejores libros sobre EFT —de todos los tiempos— y también introdujo EFT en el Reino Unido.

El 11 de febrero de 1999, el GoE lanzó su primer sitio web www.MeridianTherapy.co.uk, cambiando el nombre de dominio a TheAMT.com en 2001 y luego a GOE.ac en 2016. Se ofrecieron traducciones descargables gratuitas de "EFT en una página" en muchos idiomas. El objetivo era ayudar a las personas de fuera de los EE. UU. y también presentar EFT al mundo que no habla inglés. El GoE ha estado publicando y archivando noticias y artículos del mundo de la energía desde entonces, con la revista del GoE "The Energist" actualmente enviándose mensualmente a miembros e invitados.

Se funda la ACEP —*The **A**ssociation for **C**omprehensive **E**nergy **P**sychology* o Asociación para la Psicología Energética Integral—. Mismo año en que Fred Gallo publica la primera edición de su libro 'Psicología Energética'. Por cierto, Gallo llegó a ser presidente de dicha Asociación. La ACEP busca establecer la credibilidad y efectividad de la psicología energética a través de sus programas de certificación, educación, ética, ayuda humanitaria e investigación, realizando congresos en Albuquerque, Nuevo México.

2000-2004: Craig se dedica a realizar algunos talleres y demostraciones de EFT en Estados Unidos de América, además de colaborar con otros expertos en EFT, llegando a capacitar a 29 Maestros en EFT, muchos de los cuales luego formarían y encabezarían sus propias variantes de EFT. Entre estos Maestros tenemos a: Carol Look; Karl Dawson; Silvia Hartmann; Tania Prince; Judy Byrne; Pamela Bruner; Jacqui Crooks; entre otros,

muchos de ellos habiendo publicado libros al respecto.

2002: Silvia Hartmann publica "Patrones Avanzados de EFT", que sería su último libro dedicado al Classic EFT.

En la Conferencia de Energía de Oxford de ese mismo año, Silvia Hartmann presentó su propia técnica de energía llamada Energía-en-Movimiento (EMO o Emotrance) que ofrecía a las personas una solución más directa para la sanación energética sin tapping. Silvia Hartmann estableció 51 principios fundamentales de la energía, conocidos como EMO Primer, que son los cimientos de la técnica. Y la gente comenzó a usar EMO como base para mejorar otras técnicas y métodos como PNL, Reiki, meditación, terapia de masaje, feng shui, sanación con energía animal, etc.

Durante diez años, EmoTrance se probó en la práctica y ayudó a iluminar muchos principios estructurales significativos del trabajo energético moderno. Estos incluyeron el descubrimiento de Guiding Stars (2002), eventos altamente positivos que causan adicciones; los estados finales energizados que son la base del trabajo energético moderno y la escala SUE (2009) y, finalmente, la psicología de los eventos (2009), que explica la causa y el efecto de los eventos del cuerpo energético y la formación de creencias en los seres humanos.

2005: Dawson Church comenzó a ofrecer su propia versión de tapping, llamada ***Clinical EFT*** o "**EFT Clínico**". Se basa en el Manual de EFT original de Gary Craig más material complementario. Dawson Church y su colega David Feinstein comenzaron a usar EFT Clínico como el motor detrás de sus esfuerzos para producir estudios e investigaciones científicas. La página web de EFT Clínico es: www.ClinicalEFT.com

2006-2010: EFT empezó a llamar la atención a nivel mundial por su difusión en Internet y los miles de testimonios favorables compartidos, al tiempo que comenzaban a realizarse cada vez más investigaciones formales que provocaban asombro para algunos y rechazo para otros. Se acumularon 18 ensayos controlados aleatorios (randomized controlled trials, RCT o ECA), donde la mayoría de los estudios son sobre EFT de Craig, y en

menor medida sobre TFT de Callahan y TAT de Tapas Fleming.

2010: En su anuncio de retiro, Gary Craig afirmó que: "*La solución es que yo me aparte del camino y te entregue el nombre de EFT*". Con la jubilación de Craig se puso en peligro la posible pérdida de más de diez años de artículos e historias de casos de EFT en su sitio web www.EmoFree.com , por lo que Dawson Church creó una organización llamada EFTuniverse.com para rescatar y albergar este contenido. Esto se puso en marcha el 5 de junio de 2010. EFT Universe también actualizó el Manual de EFT de Gary Craig —que llegó a la sexta edición en varios idiomas—, llamándolo el **Mini-Manual EFT**. *EFT Universe* fue la primera organización cuyas capacitaciones fueron acreditadas en 2012 para crédito de Educación Médica Continua (CME/CE) para todas las principales profesiones de curación, incluidos médicos (Asociación Médica Estadounidense), enfermeras (Comisión Estadounidense de Acreditación de Enfermeras), psicólogos (APA) y trabajadores sociales (NASWB), y entrenó a más de mil practicantes en tres años.

Craig delega a su hija Tina Craig la responsabilidad de certificaciones —en la ACEP— y promociones de EFT, como el canal oficial.

2011: Silvia Hartmann desarrolló y publicó "Energy EFT" para ser un reemplazo directo de Classic EFT luego de que el creador Gary Craig se retirara del campo en el año 2010.

En 2011, se encargó a la Dra. Hartmann que creara una nueva capacitación en EFT para la Asociación de Terapias

Meridianas y Energéticas The AMT. Después de consultar con los entrenadores de AMT, se decidió incorporar a la próxima generación de EFT las muchas ganancias y avances de EmoTrance y Psicología de eventos, y rediseñar el protocolo de EFT teniendo en cuenta la energía.

Uno de los avances clave en Energy EFT —más allá de Classic EFT— fue la adopción de la Escala SUE (-10 a +10, desarrollada por Hartmann) para medir estados emocionales subjetivos negativos y positivos, de modo que podamos saber cuán tristes o felices están nuestros clientes y si están mejorando o empeorando.

Con el flujo de tratamiento de Energy EFT, trabajamos en un problema hasta que el cliente llega a cero en la escala SUE, lo que significa que el problema ya no es un problema. Con Classic EFT, este sería el final del tratamiento, pero con Energy EFT luego cambiamos a promover una declaración de preparación positiva y luego usamos tapping para aumentar el flujo de energía hasta que estemos lo más cerca posible de +10.

Una vez que los practicantes de EFT comenzaron a trabajar con esta escala, se hizo evidente que el tapping tenía tanto lugar para disipar las emociones no deseadas como para promover y desarrollar las positivas; y no siempre era necesario eliminar las emociones negativas antes de promover las positivas.

Energy EFT también se enfoca en aumentar la energía utilizando el protocolo de tapping "Heart & Soul" desarrollado por Hartmann para Energy EFT, el cual se mantendría para Positive EFT en los siguientes años.

2012: Las investigaciones realizadas o difundidas por Dawson Church y David Feinstein culminaron en la incorporación de EFT al Grupo de Trabajo de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA) sobre tratamientos validados empíricamente, abriendo la puerta para que la APA autorizara certificaciones de EFT a asociaciones autorizadas como la ACEP, EFT Universe y AMT.

El EFT fue considerado por la APA (Asociación Psicológica Americana) como "***probablemente eficaz***", de acuerdo al metaanálisis de 51 investigaciones publicadas hasta ese entonces, 18 de las cuales eran RCTs o estudios controlados aleatorizados (Feinstein, 2012). En julio de 2012, la ACEP presentó a la APA una solicitud para ofrecer cursos de psicología energética y cuatro meses después se le informó discretamente que esta solicitud había sido aprobada.

Desde febrero 2012, el libro 'Energy EFT' de Silvia Hartmann es lectura obligatoria para los estudiantes que se inscriben en el curso Energy EFT Master Practitioner. En Europa, Silvia Hartmann es la mayor difusora de la psicología energética,

aunque ha ido evolucionando su ideología y prácticas.

2013: EFT Clínico: **el protocolo en investigaciones**

Afirma Church (2013a, 2022) que hay tantas versiones de EFT como personas. Esto condujo en 2013 a un documento de consenso formal. Definió EFT clínico como el método manual basado en evidencia que ha sido validado en estudios de investigación que cumplen con los estándares APA definidos. Esta versión de EFT que ha sido validada en más de 50 ensayos clínicos (actualizado al año 2022), para que sepamos que funciona. Estos estudios pueden ser evaluados usando criterios para "terapias empíricamente validadas" publicados por la División de Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología (Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998; Chambless & Hollon, 1998). **De acuerdo con estos criterios, EFT es una práctica basada en la evidencia que es eficaz para la ansiedad, depresión, fobias y postraumático trastorno de estrés o PTSD** (Church et al., 2022; Feinstein, 2012a). A esto lo llamaron ***Clinical EFT*** o EFT Clínico basado en la evidencia.

En **EFT Clínico**, durante la Declaración o Frase de preparación, el cliente toca un punto de acupuntura en el costado de la mano (PK). Durante el resto del proceso, golpean suavemente con dos dedos los ocho o más puntos de acupuntura enumerados en el manual, que incluyen: inicio de la ceja, lado del ojo, debajo del ojo, debajo de la nariz, debajo de los labios (pliegue de la barbilla), una pulgada debajo de la clavícula, debajo del brazo y el punto sobre la cabeza (Church et al., 2022).

La capacitación y certificación que ofrece EFT Universe se ajusta a los estándares de Clinical EFT. Los créditos CME (Educación Médica Continua) están disponibles para profesionales como médicos (Asociación Médica Estadounidense) y enfermeras (Comisión Estadounidense de Acreditación de Enfermeras), y créditos CE (Educación Continua) para profesionales de la salud mental como psicólogos (APA), trabajadores sociales (NASWB) y psicoterapeutas.

Por otra parte, Silvia Hartmann publica el libro "Positive EFT" (EFT Positivo, que está muy orientado al futuro del cliente, o

en lo que quiere para su vida en este momento. Si elegían la declaración de preparación positiva correcta y simplemente usaban el tapping para aumentar el flujo de energía se podía saltar la declaración negativa de la emoción de malestar.

2014: Craig se arrepiente de dar tanta libertad a los practicantes de EFT, además de que se da cuenta que falta incluir el componente espiritual. Por lo que, en un esfuerzo de marcar pautas para el EFT de esos años, crea el **EFT Gold,** descrito como el "objetivo final" de EFT. En este modelo de EFT agrega un punto energético que no usaba antes de manera oficial: ***el punto de la coronilla en la cabeza***. La técnica está diseñada para usar EFT tapping para eliminar bloqueos y ofrecer al usuario una mayor conciencia espiritual. El objetivo fundamental de EFT Gold es "*Eliminar los bloqueos de la conciencia de la presencia del Amor*" y crear "*una paz personal tan profunda que proporcione una plataforma de lanzamiento para difundir la verdadera armonía en todo el mundo*".

2014-2018: 5 meta-análisis documentan la eficacia de los métodos de Psicología Energética (EP). Se encuentra que la efectividad de la psicología energética se da en el tratamiento de diferentes afecciones, como traumas, adicciones, dolor, estrés postraumático, depresión, ansiedad, rendimiento deportivo, antojos de alimentos, pérdida de peso corporal, y más.

2015-2022: Las asociaciones ***GoE***, ***EFT Universe*** y ***ACEP*** continuaron promoviendo estándares profesionales para los practicantes de EFT.

Dawson Church y también David Feinstein han liderado el camino en estudios e investigaciones detrás de la efectividad de EFT, publicando ambos varios artículos de sus investigaciones en revistas prestigiosas que se pueden buscar en motores de búsqueda como ***Pubmed***.

Hasta la fecha, **Clinical EFT** es el único tipo de EFT que ha cumplido con el Grupo de Trabajo de la División 12 de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) sobre tratamientos validados empíricamente.

2016: TFT (Terapia del Campo de Pensamiento) fue validada por NREPP (el Repertorio Nacional de Terapia Basada en Evidencia) Prácticas y Procedimientos, una división de SAMHSA en los EE. UU.) como un tratamiento basado en la evidencia. Desafortunadamente, NREPP tiempo después dejó de recibir financiamiento gubernamental y ya no está operando.

ACEP y AAMET (EFT International) realizaron una presentación conjunta de la evidencia de investigación para EFT y TFT como tratamientos para el PTSD a NICE (el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención) en el Reino Unido. NICE ha creado una categoría específica para EFT, TFT y Experiencia Somática llamada "CSACTS" (Combined Somatic and Cognitive Terapias), y reconoció que son "dignos de más investigación".

2017-2018: En 2017, la Administración de Veteranos de EE. UU. agregó EFT a la Lista 2, aprobándola como una "terapia generalmente segura". El siguiente es ser agregado a la Lista 1, que es una lista de tratamientos aprobados.

Silvia Hartmann publica en 2018 el libro "*Modern Energy*".

Modern Energy Tapping es el sucesor de Silvia Hartmann de Energy EFT y Positive EFT, combinándolos de manera efectiva en un conjunto de técnicas. Modern Energy Tapping se enfoca en obtener estados de alta energía en el Cuadro de Energía Moderna, conocido como "alcanzar +10".

Modern Energy no se basa en ideas tradicionales sobre energía sutil de culturas antiguas, medicina de energía sutil de la Nueva Era o cualquier forma de tradición religiosa o espiritual antigua. La teoría de Modern Energy se puede encontrar en EMO Energy In Motion (Hartmann, 2002/2016).

Modern Energy sostiene que: el cuerpo energético humano es real; este produce sensaciones como dispositivos de retroalimentación; estas sensaciones son el 6to Sentido. El 6to Sentido proporciona sensaciones en el cuerpo físico que no tienen origen físico, y se conocen como: intuición (sensaciones fugaces, finas del sexto sentido); emoción (sensaciones de sexto sentido de rango medio); y dolor psicosomático (sensaciones de sexto sentido de gama alta).

En Modern Energy, tomamos en serio el cuerpo energético humano y lo tratamos como una vía principal para resolver problemas que no pueden resolverse sin el conocimiento de la energía.

Además, Modern Energy proporciona un camino directo y comprobable para un mejor desempeño práctico en todos los ámbitos en "mente, cuerpo y espíritu". Esto se logra enfocándose absolutamente en el cuerpo energético descuidado e incomprendido.

Los efectos del estrés del cuerpo energético se expresan en gráfico *Modern Energy* creado por Silvia Hartmann (Hartmann, 1993/2011) y sus versiones simplificadas, *The SUE Scale* (Hartmann 2009) y *The Pyramid Model* (Modern Stress Management, Hartmann 2013).

Modern Energy simplemente pregunta: "¿Dónde sientes este (dolor emocional) (sensación de amor) en tu cuerpo? ¡Muéstramelo con tus manos!". En lugar de ofrecer soluciones generales, Modern Energy simplemente pregunta: "¿Qué tipo de energía necesita hoy para sentirse más feliz, más fuerte y más poderoso?"

Mientras que los psicólogos energéticos son psicólogos, los practicantes de la Modern Energy son energistas. Como tales, los energistas modernos se ocupan de las dimensiones energéticas de cualquier sistema dado. Un energista moderno puede ser un arquitecto, un artista, un músico, un matemático, un maestro, un sanador, un jardinero o, de hecho, cualquier persona de cualquier condición social que desee aplicar los principios de la Modern Energy a su vida, relaciones o negocios.

En Modern Energy, las emociones se definen como movimientos de energía a través del cuerpo energético y los estados emocionales se definen como indicadores de las condiciones del cuerpo energético. La energía moderna también reconoce el sexto sentido, sensaciones físicas que no tienen un origen físico, como un conjunto de información adicional que se requiere para dar sentido al comportamiento humano.

La Dra. Hartmann es miembro de la Sociedad de Autores del Reino Unido y directora de formación de *The Association For Meridian & Energies Therapies*.

2019: EFT (Técnicas de Liberación Emocional) fue aprobada para su uso dentro del sistema médico de Corea del Sur.

2019-2021: El primer estudio de fMRI —examen en el cual se generan imágenes del interior del cerebro mediante campos magnéticos fuertes— documenta los cambios neuronales después de EFT.

2 estudios muestran caídas significativas en el cortisol, con EFT.

La investigación documenta los cambios fisiológicos e inmunológicos y expresión génica con métodos de EP —Energy Psichology—.

Los ensayos controlados aleatorios —los estudios científicos más exigentes— ahora suman 70.

La ACEP comparte un anexo pdf en su sitio web, donde clasificó —de 1998 a 2021— los estudios de investigación en orden creciente de rigor científico (o la jerarquía de la evidencia). Van desde estudios de casos hasta estudios controlados aleatorios y metanálisis

De los 1200 profesionales afiliados hasta 2021 en la ACEP —que incluyen médicos, psicólogos, psiquiatras, terapeutas, etcétera— se encuentran especialistas de unos 40 métodos y técnicas holísticas compatibles con la Psicología Energética, entre otros: EFT, TAT, TFT, Somatic Experiencing, Psych-K, PNL, Resonance Repatterning, WHEE, BSFF, Barbara Brennan Healing, Biofeedback, Matrix Energetics, Matrix Reimprinting, Emotrance, Touch for Health, Reiki, Qi-Gong, y más.

Afirma la ACEP, *The **A**ssociation for **C**omprehensive **E**nergy **P**sychology* —La Asociación para la Psicología Energética Integral— que la psicología energética está, a la vez, basada en la evidencia y en la parte del 10% superior en términos de

investigación científica publicada en las modalidades de psicoterapia. Si bien la psicología energética como campo aún es relativamente joven, su base de evidencia continúa creciendo tanto en cantidad como en calidad.

2022: En este año, de un total de 139 estudios sobre EFT, 56 de los cuales fueron ECA (Ensayos Clínicos Aleatorizados). De estos, 41 se habían publicado después de los metanálisis disponibles. También, se han realizado muchos estudios de EFT en países de habla no inglesa. Una revisión sistemática de estos, realizada en octubre de 2021, identificó 91 estudios publicados en revistas en idioma no inglés (Freedom et al., 2022).

EFT está bajo revisión con la APA por su efectividad para el trauma y el trastorno de estrés postraumático (según los criterios actuales de la APA).

2023: La segunda semana de agosto 2023 es histórica para EFT. Peta Stapleton (2023) lideró la presentación a la **Asociación Americana de Psicología (APA)** para que EFT para el *Trastorno de Estrés Postraumático* (TEPT) sea aceptado como basado en la evidencia. El primer paso fue actualizar la revisión sistemática y el metanálisis de 2017, y esto se publicó la segunda semana de agosto 2023 en *Frontiers In Psychology*, una revista Q1 (*las revistas Q1 son las revistas profesionales de mayor rango en una categoría o campo en particular. Representan el 25% de las principales revistas según su factor de impacto de citas. El factor de impacto de citas es una medida de la frecuencia con la que otros investigadores citan los artículos de una revista en particular*).

Breviario de casos y variantes

A.- Caso de Javier:

Se trabajaron terapéuticamente los detalles del trauma: sonido de motocicleta; posturas previas y al momento del accidente en el coche; el color rojo de la sangre que vio en su hombro izquierda y que lo ve en otros objetos rojos.

B.- Un ojo por vez.

Se sugiere aplicar la técnica *Un Ojo por Vez* como parte de la evaluación final de que el problema se ha superado completamente. Es decir, aplicarse EFT con una mano mientras con la otra se tapa un ojo. en otra ronda taparse el otro ojo.

Referencias

Academia EFT. 4 metaanálisis, cinco revisiones sistemáticas y muchos cientos de estudios de casos contribuyen a la evidencia de que EFT funciona: https://academiaeft.com/web/media/2515690x18823691.pdf

ACEP: https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7

https://energyeft.com/EFT_Diagrams.htm

ACEP. The State of Energy Psychology Research. The Association for Comprehensive Energy Psychology. United States of America: https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7

ACEP. Historia de la Psicología Energética:

https://energypsychologyjournal.org/abstracts/abstracts-volume-10-number-1-may-2018/looking-back-energy-psychology-2018-early-pioneers-perspective/

AMT: https://goe.ac/history_of_tapping.htm

Church D, Stapleton P, Vasudevan A, O'Keefe T. Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions: A systematic review. Front Psychol. 2022 Nov 10;13:951451. doi: 10.3389/fpsyg.2022.951451.

Church D. The EFT Manual. 3rd ed. Energy Psychology Press; Santa Rosa, CA, USA: 2013. Recuperado de:

https://energypsychologycertification.com/wp-content/uploads/EFT_Manual_3rdEd_withCover.pdf

Church, Dawson (2017). "The EFT Manual". Fourth edition. USA: Energy Psychology Press www.EFTUniverse.com

Church Dawson (2010). "Minimanual EFT". Estados Unidos: Energy Psychology Press

Craig, G. y Fowlie, A. (1995). "Emotional Freedom Techniques: The Manual". The sea ranch, CA

Craig, Gary y Tina Craig (2014). "EFT Gold": www.emofree.com

Craig, Gary (2019). "The Unseen Therapist": www.emofree.com

Feinstein, David (2012). Apa Uodates Its Position on Energy Psychology. Texto completo en inglés: https://pdfs.semanticscholar.org/2c61/ec75e649f0422fb811eae815c66f72c293ee.pdf

Freedom J., Hux M., Warner J. (2022). Research on acupoint tapping therapies proliferating around the world. Energy Psychol. Theory Res. Treat. 14, 22–37. 10.9769/EPJ.2022.14.1.JF

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Hartman, Silvia (2020). "r(E)volution. Our Future Starts NOW!" Reino Unido: The Guild of Energists: www.GoE.ac

40.- VARIANTES DE EFT

"Usted debe llegar a los puntos específicos de su problema (las raíces). De lo contrario, estará haciendo 'EFT superficial' en lugar de EFT Estándar de Oro. No trabaje solo la tabla de la mesa, hágalo también con las patas de esta. El concepto más importante en la práctica de ***EFT Estándar de Oro*** *es el siguiente: Divida el asunto en partes más pequeñas y trate cada una de esas partes, una a una, hasta que se haya resuelto el problema".*

Gary Craig (2014)

En última instancia, lo que interesa a EFT son ***las emociones que emanan de los Eventos Específicos***. *Estos eventos específicos son las causas que se esconden detrás de los asuntos físicos, emocionales o de conducta que necesitan colapsarse*. El error de algunos es querer trabajar emociones específicas sin los eventos específicos (Craig, 2014).

Una vez que la Receta Básica de EFT se describió en el capítulo correspondiente ("De EFT Clásico a EFT Clínico"), ahora pasemos a conocer variantes a trabajar con EFT, sugeridas por varios autores:

Protocolo de contar la historia (Craig, 1995)

Resolver un Evento Específico significa despejar todos los Aspectos de ese evento con el fin de eliminar la intensidad emocional asociada a él. La Técnica de Contar la Historia es la forma más completa y fiable para conseguirlo, y la que probablemente predominará cuando quiere llegar hasta el fondo en su trabajo. La técnica es muy sencilla. Consiste narrar un Evento Específico doloroso como si fuera una historia y detener la narración, para ejecutar la Receta Básica de Tapping EFT, cada vez que se llega a un momento que provoca intensidad emocional.

Dese cuenta de que cada punto en el que paramos la historia es un Aspecto de la historia y que cada uno de esos Aspectos deben ser tratados como si fueran eventos distintos. Por tanto, con el propósito de Ser Específico, lo que debe hacer es tratar cada momento afectante emocional (Aspecto) con la Receta Básica.

Repita este proceso hasta que pueda contar la historia con indiferencia. Algunas veces, con el tiempo aparecen Aspectos remanentes.

· "A pesar de que tengo miedo a hablar en público..."

· "A pesar de que tengo miedo a ser rechazado..."

Los problemas anteriores son todos muy globales, lo que significa que contienen muchos Aspectos. Es decir, pueden dividirse en partes más pequeñas, lo que hace posible que podamos ser mucho más específicos. Tratar de resolver estas cuestiones globales con unas rondas de Tapping es como intentar desmoronar una mesa maciza de roble golpeándola con el puño. Si lo hace muchas veces quizás consiga debilitar una pata o dos, pero eso será todo.

Una forma mejor de hacerlo es tratando las patas que soportan la tabla de la mesa. Si las patas se eliminan o se debilitan la mesa se desmorona. En esto radica la sencillez y el poder de los Eventos Específicos.

Es decir, el miedo a hablar en público puede tener componentes específicos como: las miradas del público, el escenario, la falta de dominio del tema, el bloqueo de la memoria, la inseguridad, la ansiedad, un evento traumático relacionado con una exposición en la escuela o una vergüenza por regaño parental, etcétera.

La Técnica de Contar la Historia es la forma más completa y fiable para conseguirlo, y la que probablemente predominará cuando quiere llegar hasta el fondo en su trabajo.

Protocolo de la película (Craig, 1995)

Si el evento traumático o perturbador fuera una película, ¿Cuánto tiempo duraría? Si la duración fuera de más de unos minutos tendrá que reducirla a un segmento de entre uno y tres minutos que incluya los momentos afectantes emocionales más importantes de todo el evento.

Si esta película tuviera un título, ¿Cuál sería? Esta

pregunta tiene dos propósitos: (1) le proporciona una frase corta para usar la Receta Básica de EFT Tapping y (2) añade énfasis al Evento Específico, lo que le permite distinguirlo de otros eventos relacionadas con él.

¿Cuánto hace que sucedió? Hacer Tapping en un evento que ocurrió la semana pasada es, sin duda, una opción, pero es probable que los aspectos de ese evento sean generales. Es mejor empezar con la niñez o lo más cerca posible al tiempo en el que se originó el problema.

La Técnica de la Película es similar a la Técnica de Contar la Historia, ya que permite abordar un evento específico de forma completa y metódica. Pero, en este caso, los clientes se guardan los detalles para sí mismos. Esto es especialmente útil cuando el tema en cuestión es privado y el cliente prefiere no revelar los detalles.

Protocolo básico de metáforas (Hartmann, 2003)

1. Obtenga una metáfora para presentar síntomas: si esto (dolor, problema, bloqueo, etc.) tuviera un **color/forma/tamaño/peso**, ¿cuál sería?

2. Use una metáfora que surja (es decir, por ejemplo, "*este gran triángulo morado*") como declaración de apertura: *Aunque tengo este gran triángulo morado en la espalda, me acepto totalmente como soy*.

3. Realizar un seguimiento de los cambios en la metáfora para realizar un seguimiento de los cambios en el estado atascado/problema que se presenta: *¿se está volviendo más pequeño, más ligero, se mueve a otro lugar?*

4. Es posible que en algún momento la metáfora se convierta en un recuerdo de la vida real, un flashback de la memoria, o que el cliente tenga una percepción espontánea del patrón o la naturaleza del problema. A continuación, puede volver a las declaraciones de apertura convencionales para modificarlas, si fuera necesario.

5. El cambio se ha producido cuando la metáfora se disuelve, se resuelve o se ha convertido en algo placentero, energizante o deseable.

Protocolo de palabras clave (Hartmann, 2003)

1. Elija la ***palabra clave, el símbolo o el número*** para representar el problema/desencadenante/recuerdo. Tenga en cuenta que cuanto más abstracta sea la clave, menor será la carga emocional. "*Esta memoria de violación*" tiene una carga mucho más alta que "*Esta memoria azul*" o "*Esta memoria 3*".

2. Continúe con el protocolo de tratamiento normal hasta que la prueba de la frase clave sea positiva y ya no tenga ninguna carga emocional.

3. Ayude al cliente a encontrar más palabras clave para los aspectos restantes. *Tenga en cuenta si ahora es posible ser más específico.*

4. Continúe con los pasos 1 a 4 hasta que pueda probar el evento/memoria/disparador original sin codificar y no haya más respuesta emocional.

Lenguaje Provocativo (Craig, 2014)

Tomando la elaboración y la conexión emocional al extremo, también se puede trabajar con un lenguaje considerado chocante, provocativo, humorístico o "menos que cortés" con el fin de sacar cualquier intensidad restante en un tema o evento. Esto puede incluir palabras altisonantes, descripciones gráficas de los detalles del evento o incluso descripciones detalladas de la reacción del cliente al suceso.

En lugar de poner palabras en la boca del cliente, esto es realmente una oportunidad para que el cliente diga lo que realmente quiere decir, en lugar de mantener algún tipo de compostura cortés. Este enfoque requerirá una buena relación, así que evítelo si el cliente no se siente cómodo.

Un tipo de lenguaje podría ser: "*Aunque construí mi vida alrededor de ese bastardo, y él piensa que una maldita pelota de golf es más valiosa que yo, me acept o profunda y*

completamente."

Las Frases Recordatorias podrían ser: "¡Qué pendejo egoísta fue!, me acepto profunda y completamente".

¿Puede ver cómo este tipo de expresión podría estar más cercano con lo que el cliente realmente siente? Cuanto más exacto podamos estar sobre su perturbación, más éxito tendremos en corregirla.

Faster EFT (Smith, 2012)

Robert G. Smith. integra los elementos más eficaces de EFT, BSFF, PNL, la comprensión espiritual, la ciencia y la mente de gran capacidad de transformarse.

El proceso puede durar desde 10 minutos a varias semanas, según lo complejo del asunto a trabajar.

Primer paso: ¿Qué se quiere resolver?

Segundo paso: ¿Qué intensidad tiene en escala del 0 al 10?

Tercer paso: Cierra los ojos e imagina un árbol frente a ti, imagina que vas y le quitas las raíces a ese árbol, ¿Qué pasa con el árbol? (se seca, se cae….) Nota: Esta metáfora prepara al subconsciente para soltarlo.

Cuarto paso: Sentir la emoción, el dolor…….. Ahora. Siente esa intensidad y calcúlala en escala de 0 a 10.

Quinto paso: Repetir lo que se dice, en todos los puntos.

1.-Frente (tercer ojo): Éste…….. Lo suelto y lo dejo ir. (Alternativa: Lo libero y lo dejo ir)

2.-Lateral del ojo: Este……Lo suelto y lo dejo ir

3.-Debajo del ojo: Este…… Lo suelto y lo

dejo ir

4.-Ambos lados de la Clavícula: Este…… Lo suelto y lo dejo ir

Suelto y dejo ir todos mis miedos todas mis frustraciones, culpas, los siento y los dejo ir. Es hora de dejarlos ir, los dejo ir ya.

5.-Cerrando los ojos Respiro profundo y suelto.

Sexto paso.-Rodeo la muñeca de mi mano y digo PAZ (Se pueden decir otras palabras alternativas como Armonía, fiesta, o la que el cliente sienta como más beneficiosa y positiva). Los pasos 5 y 6 también se pueden practicar con los ojos abiertos, o alternar a veces con ojos cerrados.

Séptimo paso. -Otra vez Cerrar los ojos, buscar un momento de vida donde haya sentido paz, y en el momento cumbre (de mayor paz) de ese recuerdo entonces volver a respirar profundo, rodear la muñeca (de la misma mano y de la misma manera que hace unos minutos), y decir PAZ.

Octavo paso- ¿Qué sientes ahora? ¿Qué intensidad tiene? (Usando la escala de 0 a 10)

Noveno paso. -Después de cada ronda, el cliente verá imágenes diferentes, nuevas voces o sonidos (también quizá olores o sabores) y otros sentimientos significativos, y el terapeuta necesitará facilitar tapping en ellos, hasta llegar a cero en la escala, sin importar la cantidad de rondas que tarde.

Punto cardio 6 (MC6).

Este punto se trabaja para combatir las náuseas y los vómitos; como así también fiebre, diabetes, colitis, estrés, conjuntivitis, el hipo, malestar estomacal, dolores en el pecho, espasmos en el bajo vientre y el síndrome del túnel carpiano, dolor en el corazón, además de auxiliar en la arteritis y en estreñimientos espasmódicos, además de estimular la memoria. Este punto se encuentra entre los dos grandes tendones en la parte interior de la muñeca, unos tres dedos a lo ancho debajo de la palma de la mano. Presione el punto con el dedo índice y

medio durante dos minutos y repita según sea necesario.

Punto 7 p

Punto energético del meridiano pericardio, útil para reducir tos, asma, rinitis (fluido nasal), nariz tapada, quemaduras, parálisis facial, migrañas y estimular memoria. Pérdida de la fuerza en la muñeca, tortícolis, dolor de pene, si alguien se ríe todo el tiempo, favorece micción. Este punto se localiza a dos dedos de achura, partiendo de la muñeca de la mano, por el lado interior de cada brazo.

EFT a distancia (Craig, 2014; Hartmann, 2012)

También conocido como ***Tapping en sustitución,*** es para hacer tapping en nombre de otra persona.

· Este alguien más puede ser otra persona, como un hijo o un compañero, amigo, jefe o colega;

· Puede ser una entidad como una empresa, una familia, un equipo, una banda o un grupo;

· Puede ser un animal, incluyendo animales de compañía, animales de granja o animales salvajes; · puede ser un aspecto de ti mismo del pasado (que ya no es “tú, ahora”);

· y puede ser un aspecto del futuro también.

EFT por Proxy es muy simple y en lugar de decir en la preparación, "Tengo miedo de las arañas", simplemente decimos, "Bob tiene miedo de las arañas", si estamos haciendo tapping delegado en nombre de Bob.

El Protocolo Proxy EFT tiene una doble acción.

El primero es simple y directo; cuando hacemos tapping en nombre de alguien o algo que nos preocupa por cualquier razón, por supuesto que nosotros mismos recibimos alivio del estrés y mejoramos nuestro propio flujo de energía.

La segunda acción es algo que solo encontrarás en el trabajo de energía; es decir, que el objetivo de su tratamiento con EFT Proxy también cambiará.

Estamos mucho más conectados en los niveles de energía que cuando caminamos separados unos de otros en lo físico.

En EFT Tapping Proxy, estamos usando estas conexiones para hacer cambios y mejorar el flujo de energía.

Hay muchos momentos y lugares donde el tapping proxy es un excelente camino a seguir. Desde padres que se preocupan por sus hijos, hasta cónyuges que quieren hacer tapping en algo de su pareja que les molesta; desde los abuelos haciendo tapping para los nietos que están lejos hasta los clientes haciendo tapping en representación de una empresa que no los está tratando bien; hay mil y un usos para este protocolo.

Una aplicación muy interesante del Protocolo Proxy de EFT es hacer tapping en aspectos pasados y futuros de uno mismo.

En lugar de decir: “Cuando era un bebé, mi madre me abandonó”, podemos hacer tapping en el aspecto pasado (el bebé que una vez fue, pero ya no está) haciendo tapping en “el bebé abandonado”.

Esto funciona en efecto al enviar energía a aquellos sistemas que aún hoy tienen “problemas de bebés abandonados” y apunta correctamente al tratamiento de EFT.

También hace que sea mucho más fácil ser compasivo y tener una voluntad real de ayudar a los aspectos pasados.

También podemos usar el tapping proxy para aspectos futuros, por ejemplo, “el aspecto de mí que tendrá que dar esa presentación aterradora el próximo viernes”. Podemos sintonizarnos con el futuro aspecto y hacer tapping para lo que le molestará, por ejemplo, “El aspecto estará aterrorizado de olvidar sus palabras”, como la configuración con, “olvidar palabras” como frase recordatoria.

El Proxy Tapping es una parte muy importante y beneficiosa del trabajo de energía de EFT que tiene muchos usos y siempre hará que usted, el que está haciendo el Proxy Tapping, se sienta mucho mejor.

“Entidades” tales como corporaciones, océanos, grupos de población enteros Ideas, conceptos, construcciones y campos de poder.

Una parte o subpersonalidad de una persona.

Tratar a otra persona que está en estado de shock con Proxy EFT es muy útil. Una vez más, en lugar de ser declaraciones de apertura muy globales y específicas ("El esposo de María ha muerto"), son preferibles; si cualquier sintonía con el sistema de energía del otro no muestra más que conmoción, inexpresividad y quietud, el apoyo silencioso también es perfecto.

Cambio de posiciones de percepción

Cambiar las posiciones perceptivas sobre el problema y tratarlo desde este otro punto de vista en lugar de desde el propio estado ordinario permite aprovechar problemas que no pueden resolverse de otra manera.

El más conocido de estos movimientos perceptivos en los tratamientos de poder de EFT es esta forma de declaración de apertura en Tercera Persona:

"Aunque (insertar objetivo) (tiene este problema), amo y acepto profunda y profundamente a (objetivo)".

Este es un enfoque de tratamiento muy interesante para problemas atascados o si existe la sensación de que falta una parte importante de la información que, si se supiera o se pudiera contactar, resolvería el problema presentado por completo.

Se pueden tomar numerosas posiciones diferentes en un solo objetivo, por ejemplo: "Aunque Sarah tiene este

problema..."

"Aunque ella tiene este problema..."

"Soy Sara. Aunque tengo este problema..."

“Soy la madre de Sara. Aunque Sara tiene este problema...” “Yo soy el yo superior de Sara. Aunque Sara tiene este problema..."

Pensar en hacer tapping en los puntos (Hartmann, 2003)

Simplemente pensar en hacer tapping en los puntos de tratamiento puede ser efectivo. Sin embargo, el tapping imaginario es probablemente más efectivo después de que el cliente haya estado inicialmente expuesto al tapping táctil.

Pulso y Ritmo (Hartmann, 2003)

A veces, las personas se tocan a sí mismas y parece que nada sucede; sin embargo, cuando un amigo o un practicante se hace cargo del tapping por ellos, con la misma declaración de apertura, a menudo ocurre el cambio que buscamos crear.

Se ha notado en otras áreas que la gente tiene *un ritmo preferido* que producirán en muchas circunstancias diferentes una y otra vez, mientras caminan, bailan, respiran, en tareas repetitivas de trabajo y, a menudo, también se refleja en su elección de música. Por lo que sería interesante especular que cuando hacen tapping en ese mismo ritmo al que lo harían naturalmente, la semejanza con las condiciones ya existentes lo hace efectivo.

Hay varias maneras de probar diferentes ritmos de tapping. Una sería simplemente acelerar y desacelerar, pero se desarrollan ritmos más interesantes cuando uno considera, por ejemplo, una canción popular o muy conocida que "coincide con el problema" y aplica ese ritmo a la declaración de apertura.

El *tapping no rítmico* es otra posibilidad interesante para despegar estados estancados (es decir, problemas o declaraciones de apertura que se han abordado muchas veces,

pero parece que nada sucede).

Pulsos de eco (Hartmann, 2003)

Pruebe diferentes tipos de fuerza, ritmos (desde el latido de un pájaro carpintero hasta un latido del corazón lento y constante y el rango intermedio) y también "pulsos de eco", donde usted da un toque y espera que toda la reverberación haya cesado, luego coloque otro pulso después de eso. Esto le da un ritmo particular que generalmente es completamente diferente y depende completamente de la declaración de apertura o el problema con el que está trabajando actualmente.

Cuando ingrese a la fase de tratamiento real, haga tapping al cliente y, una vez más, *sea un espejo principal para que pueda mantener su mente firmemente en el tema y no tener que preocuparse por dónde está el siguiente punto*. Esto, por supuesto, duplica la intervención: estás haciendo tapping proxy y agregando tu intención/energía al mismo tiempo, y posiblemente liberando tus propios problemas similares también.

Hay muchas ocasiones en las que es esencial que usted se haga cargo del tapping para el cliente si esto es factible dentro de las restricciones de las leyes locales y la configuración de la práctica. Si es necesario, transfiera la mano del cliente y manténgala sujeta durante todo el tapping que le haga. Esto cierra un circuito energético, mantiene al cliente firmemente conectado contigo, le da un ancla de seguridad y una sensación de apoyo, y también puede darte la oportunidad de masajearle suavemente el punto Gamut o simplemente darle un apretón de apoyo de vez en cuando.

Recuérdele al cliente que respire profundamente mientras le hace tapping y recuérdele la declaración de apertura suave y suavemente si es necesario.

Cuando se complete la ronda de tratamiento, retire suavemente la mano del cliente una vez más. Aprieta su mano una vez más suavemente, déjalo ir suavemente y aléjate suavemente de él un poco para darle espacio para establecer su

percepción de sus sistemas de energía sin la interferencia del tuyo a corta distancia.

Doble toque (Hartmann, 2003)

El cliente y el terapeuta hacen tapping juntos en una ronda completa sobre una declaración de apertura y una frase recordatoria preestablecidas, (piense de ello como cantar juntos). Esta actividad crea un campo de compromiso bastante poderoso y también crea una alineación de estado profundo en ambas partes y una relación profunda posterior.

Como ambos deben cantar la misma canción, debe ser una ronda completa de EFT clásica o, alternativamente, un atajo preestablecido o una secuencia de puntos personalizada.

Hacer un algoritmo personalizado (Hartmann, 2003)

Este primer conjunto se basa en el uso de alguna forma de kinesiología para determinar el orden y la secuencia de los puntos especiales para el algoritmo personalizado o la secuencia de atajos.

1. Piense o diga en voz alta para qué va a ser (insomnio, depresión, tristeza general, etc.).

2. Encuentre alguna forma de prueba de kinesiología propia, como usar un péndulo, prueba muscular, etc.

Calibre para una respuesta "sí - no" o "fuerte - débil".

3. Toque sucesivamente todos los puntos que desee incluir con un dedo y pruébelos con la otra mano.

a) si prueba sí o fuerte, siga adelante.

b) si prueba nulo o débil, anote el punto o recuérdelo.

4. Cuando tenga todos los puntos relevantes, pregunte, ¿debería tratarse esto primero? y revise solo los relevantes que encontró en 3) hasta que haya establecido el primer punto de su secuencia personalizada.

5. Para los puntos restantes, pregunte, ¿debería tratarse en segundo lugar? Repita hasta que haya establecido el orden y la secuencia correctos mediante un simple proceso de eliminación.

Si desea un algoritmo personalizado para algo que le causa problemas con regularidad y frecuencia, también le gustaría tener un "punto de parada de un punto" o un "punto de parada de emergencia".

5. Toque sus puntos de secuencia uno tras otro con la pregunta, si quiero usar solo uno, ¿es este? para descubrir cuál es.

Es posible descubrir puntos relevantes de una secuencia tocando cada punto por turno.

Los que se sienten "raros" o tiernos, doloridos, extraños de alguna manera conforman el algoritmo personalizado; el único punto que se siente más notablemente diferente cuando se toca hace el punto de parada de emergencia

Otra opción es usar la pregunta *EmoTrance* de, "¿Dónde sientes este problema en tu cuerpo? Muéstrame con tus manos. y elija puntos que tengan conexiones meridianas directas a estas áreas, o que estén cerca de los puntos de tratamiento de EFT.

Parada de emergencia (Hartmann, 2003)

También recomiendo encontrar un punto único para usar en la parada de emergencia; esto también será útil en el contexto de las ansias adictivas y las ansias de hacer la adicción más adelante. Esto se usa como un STOP en el umbral del comportamiento y solo para darle al cliente suficiente tiempo y espacio para comenzar a usar otro protocolo para aliviar el problema, como una secuencia personalizada o EFT clásico, por ejemplo.

Le pediría directamente al cuerpo del cliente que le haga saber en qué punto debería estar y, con delicadeza y rapidez, probará todos los puntos con los que está trabajando. Por lo

general, obtiene un debilitamiento instantáneo bastante notable cuando encuentra el punto correcto para el procedimiento de parada de emergencia.

Se puede recomendar a los clientes que usen la PARADA de emergencia en cualquier momento y, si lo desean, también pueden tocarla con la frecuencia que necesiten a lo largo del día.

Puede asignar el punto KC o el Punto dolorido para una PARADA de emergencia si la prueba muscular no es una opción con un cliente en particular y no puede encontrar nada mejor a través de la intuición o la experiencia.

Si lo hace, fortalezca el uso con sugerencias. Además, el punto de PARADA de emergencia puede conducir a una ronda completa de EFT que es útil para el cliente en cualquier circunstancia.

Línea de crímenes y pecados (Hartmann, 2003)

Marca claramente con una X los incidentes que recuerdas más vívidamente y, si quieres, puedes tomar diferentes posiciones perceptivas; por ejemplo, cuáles son tus peores crímenes según tu madre, tu padre, la sociedad, Dios, los amantes y, en general, el otro.

Trate estos incidentes y sus respectivas emociones con EFT, uno por uno, comenzando con el más antiguo primero (ya que a menudo los recuerdos más antiguos colapsan gestalts enteras que se construyeron sobre sus huellas/resonancias originales).

Continúe hasta que haya despejado toda la línea del crimen y haya llegado a resoluciones que personalmente encuentre muy satisfactorias, o al menos, aceptables.

Crime Lines son interesantes y pueden resultar muy valiosos en los contextos de las relaciones, el éxito comercial, la autoestima y una serie de otros ámbitos de la vida de un individuo.

Otras aplicaciones de línea de tiempo pueden lidiar con el éxito y el fracaso; por ejemplo, Glory Line, Success Line y/o Love

Line pueden proporcionar sesiones innovadoras, ideas y cambios importantes en la autoconstrucción de una persona.

Reequilibrio energético. La técnica EmoTrance de "invocar energía inocente" en forma de una lluvia imaginaria de energía pura, ligera y suave que elimina todos los residuos del tratamiento y deja al cliente brillante, brillante y fresco en todos los sentidos.

Un problema como entidad energética (Hartmann, 2003)

Ver cualquier problema como una Entidad Energética a lo largo del tiempo permite un enfoque multidimensional. Permite la integración de emociones, pensamientos y enfoques en conflicto; desmitifica y demoniza el problema en el proceso y le da forma y forma para que podamos tratarlo en la conciencia. Esto es muy importante y también muy empoderador.

Conceptualizando nuestros problemas (Hartmann, 2003)

De hecho, es muy difícil hablar de algo como, por ejemplo, una "adicción a la heroína". ¿Qué es eso? No puedes ponerlo en una carretilla, no puedes HACER nada con él.

Cuando digo "conceptualizar" un problema, NO me refiero necesariamente a "visualizar", aunque hay un aspecto de eso si desea utilizarlo. Visualizar un problema (Mary's Patsy se convirtió en "una forma de gato") es, por supuesto, muy útil, pero no necesariamente el único enfoque. Puede conceptualizar un problema reduciéndolo a los comportamientos reales que implica, como un enredo energético o incluso como un conjunto de gráficos de barras de emociones en conflicto.

El protocolo EFT FreeFlow (Hartmann, 2012)

Este protocolo es útil para investigar un problema que puede no ser muy específico o no entenderse claramente; y podemos usarlo para eliminar el estrés general del cuerpo energético sobre cualquier tema.

También es una experiencia muy interesante que involucra la mente, el cuerpo y el espíritu y nos enseña mucho sobre el flujo de energía, el pensamiento, los sentimientos, las sensaciones corporales y puede ayudarnos a entendernos mucho mejor a nosotros mismos.

Por ejemplo, aquí tenemos una persona que sabe que está molesta pero no está segura de por qué, además esto ha sucedido a menudo en el pasado y le gustaría avanzar en todo el asunto, aunque no sabe cuál es el problema.

La primera configuración, en la postura de *Heart Healing*, fue: "¡Peter realmente me pone nervioso!"

En lugar de hacer tapping durante toda una ronda en esta configuración, en *EFT FreeFlow* dejamos que el punto en el que estamos haciendo tapping dicte cuál será la configuración. Lo que venga a la mente cuando hagamos tapping en el punto será la frase para hacer tapping en este punto.

En nuestro ejemplo, la persona se golpeó la cabeza y dijo espontáneamente: “¡Peter es tan estúpido! ¡Él me vuelve loco!"

Seguimos haciendo tapping en la parte superior de la cabeza e inhalando y exhalando profundamente hasta que sentimos que queremos pasar al siguiente punto.

Hacemos tapping en eso y obtenemos la siguiente configuración en evolución, que en el ejemplo era: "Simplemente no lo entiendo, es tan extraño para mí".

El comienzo del punto de la ceja resultó en: "Ojalá tuviera más paciencia... con él... solo más paciencia..."

El rabillo del ojo produjo: "No soporto a los tontos con gusto", y debajo del ojo estaba: "Ellos no ven lo que yo veo". La persona hizo tapping en eso durante bastante tiempo antes de suspirar profundamente y pasar a debajo de la nariz, lo que produjo: "Tengo miedo de no entender, tengo miedo de equivocarme". Esto se convirtió en "Tengo miedo", debajo de la boca, y evolucionó a "Mi padre me asustó", en el punto de la clavícula. Hubo algunas sensaciones intensas en el cuerpo, que incluyeron ruidos estomacales, calor en la cabeza y el cuello, y

mucho tiempo haciendo tapping en la clavícula hasta que la persona comenzó a sonreír y pasó a señalar con el pulgar: "No hay necesidad de asustarse" que evolucionó hasta llegar a "Me siento realmente poderoso", cuando llegaron al punto Karate Chop.

La curación del corazón final hizo que la persona dijera: “Solo los fuertes pueden amar de verdad, ahora sé por qué no pude amar a Peter justo antes, y ahora puedo, siento tanto amor por él, es maravilloso, realmente lo es”.

Permitir que la declaración evolucione en cada punto de tapping en respuesta directa a los sentimientos, pensamientos y recuerdos al hacer tapping en ese punto evocado en primer lugar es una aplicación interesante y muy poderosa de EFT.

Vale la pena tener en cuenta que esto no es psicología o psicoterapia de ninguna forma, sino una vez más, simplemente trabajo de energía; el propósito de EFT FreeFlow está en su nombre, hacer que la energía fluya poderosa y libremente, eliminando bloqueos en el sistema de energía y usando cada uno de los puntos y lugares de tratamiento de EFT a su máxima capacidad.

El Protocolo de EFT del Toque Amoroso (Hartmann, 2012)

Hay momentos y lugares en los que no podemos hacer tapping físicamente sobre nosotros mismos o sobre otra persona. Como EFT es un trabajo de energía, y son las manos sanadoras de energía las que hacen los cambios en el cuerpo energético cuando tocamos los puntos y lugares de tratamiento de EFT, podemos hacer EFT sin tocar con las manos físicas en absoluto, y eso es el Amor. Toque el protocolo EFT.

En el protocolo del Toque Amoroso, no usamos una declaración preparatoria o una frase recordatoria, simplemente nos enfocamos en el “amor” en la forma de un toque amoroso.

El amor es la forma de energía más poderosa y curativa de todas. No juzga, no excluye y solo un poco de energía de

amor es maravillosamente sanador y fortalecedor en todos los sentidos.

Ahora, considere por un momento que sus manos curativas de energía no están atadas a su cuerpo físico y pueden moverse libremente por su propia cuenta.

Manteniendo sus manos físicas quietas y relajadas, deje que sus manos de energía se eleven y asuman ahora la posición de Sanación del Corazón.

Respira profunda y fácilmente y presta atención a las sensaciones en esa área donde tus manos de energía están tocando el centro de tu corazón ahora. Puedes pensar o decir "Toque amoroso" al exhalar.

Tome una respiración profunda y sienta la parte superior de su cabeza siendo tocada por una mano amorosa; tome otra respiración profunda mientras la mano amorosa se mueve hacia abajo para tocar el punto del tercer ojo; y así sucesivamente a lo largo de la ronda de tratamiento de EFT.

Este es un protocolo excelente y muy meditativo que mejora con la práctica; por todos los medios, practica esto cada noche antes de irte a dormir para reequilibrar tu sistema energético con las amorosas manos de la energía.

Tenga en cuenta: Si le resulta difícil mantener la concentración, esto suele ser una indicación de que está demasiado estresado; trate de hacer tapping una o dos rondas de EFT normal primero y luego haga el ejercicio nuevamente.

Vale la pena aprender a hacer esto y es una maravillosa adición a los otros protocolos de EFT; y cuando llegue el momento en que realmente necesite usar esto en usted mismo o en otra persona, se alegrará de su práctica y experiencia. ¡Muy recomendable!

El Protocolo Corporal de EFT (Hartmann, 2012)

Funciona creando configuraciones muy específicas a partir de sensaciones físicas.

Tip: una ronda de EFT donde colocas tu dedo índice en los puntos e inhalas profundamente en cada punto.

En lugar de decir, “Me enojo mucho”, por ejemplo, nos enfocaríamos en los sentimientos en el cuerpo y preguntaríamos, “¿Dónde y cómo sientes ese enojo en tu cuerpo? Muéstrame con tus manos.

La respuesta podría ser: “Está justo aquí (se frota el pecho) como una ráfaga rápida y caliente justo en el centro de mi pecho”.

Hacemos tapping con la preparación de “Rápido y caliente subidón a través del centro de mi pecho”, con el recordatorio de “Hot subidón”.

Una punta: Cuando trabaje con el Protocolo Corporal de EFT y las sensaciones reales del cuerpo físico, coloque la mano libre sobre el lugar donde se encuentra la sensación. Eso ayuda al proceso de mejorar el flujo de energía.

Podemos usar el Protocolo Corporal de EFT de muchas maneras diferentes. Por ejemplo, si hay un problema en curso que podría tener muchas, muchas configuraciones potenciales, como lo encontraría en un matrimonio anterior, por ejemplo, podemos simplemente preguntar: "Cuando piensas en tu matrimonio, ¿dónde sientes en tu cuerpo eso de tu matrimonio? Muéstrame con tus manos.

Esto nos llevará al bloqueo de energía más importante, más apremiante y más perturbador relacionado con ese matrimonio, sin tener que hablar de quién le hizo qué a quién, cuándo, por qué o con qué frecuencia.

Este es un enfoque muy directo y poderoso para usar EFT que produce cambios profundos en la forma en que una persona se siente.

Cuando utilice el Protocolo Corporal, asegúrese de que el bloqueo de energía y las sensaciones en el cuerpo relacionadas con esto se hayan desplazado por completo y hacia afuera.

Entonces podemos pasar al ala positiva y hacer tapping para los buenos sentimientos en relación con este matrimonio y lograr un cambio masivo en la forma en que la persona piensa y siente sobre su situación.

El Protocolo Corporal de EFT también es muy útil para las personas a las que no les gusta hablar de emociones, o que no pueden hablar de emociones, como los niños pequeños.

Todos, desde pequeños, pueden mostrar dónde les duele la barriga cuando papá dice cosas malas, por ejemplo; y al no tener que preocuparnos por lo que significa todo, o hacer un largo viaje al viejo estilo freudiano a través de los entresijos de un problema, podemos hacer que los cambios curativos sean rápidos, fáciles y confiables, incluso para problemas antiguos donde no hay recuerdos para guiarnos y solo quedan los sentimientos.

El Protocolo Corporal de EFT también se puede usar en "***Terapia Secreta***", lo que significa que no tenemos que hablar de nada específico, no tenemos que revivir recuerdos de ningún tipo y nadie tiene que saber cuál es el problema o dónde está vino de. Este es un regalo asombroso en muchos sentidos y abre la puerta para encontrar sanación y liberación de los problemas que en el pasado causaron que muchos tuvieran que sufrir en silencio.

Finalmente, el Protocolo Corporal de EFT es la elección obvia para usar EFT en el tratamiento del dolor y el dolor psicosomático, o los síntomas dolorosos de una enfermedad.

El Protocolo Corporal de EFT en Breve

1. Preguntar sobre el problema.

2. Pregunte, "¿Dónde sientes esto en tu cuerpo?"

3. Para formular una declaración de apertura precisa, pregunte: "¿Cómo se siente?".

4. Use las palabras exactas que el cliente usó para describir la sensación fisiológica para formular la declaración de apertura.

5. Aplicar EFT.

6. Indague sobre el problema una vez más.

7. Repita los puntos 2-6 hasta que no queden sensaciones corporales cuando el cliente piensa en el problema original o informa un cambio importante, avance o solicita una pausa antes de continuar.

Este protocolo puede emplearse de manera útil para problemas globales de larga data de cualquier tipo, y también para sensaciones "en el momento", incluso si no tienen ningún sentido o parecen totalmente irrazonables. Es particularmente útil para temas que aparentemente tienen demasiados "aspectos conscientes", razones, ganancias, contorsiones y otras explicaciones de por qué es absolutamente necesario mantenerlos. Centrarse y tratar directamente con la sensación fisiológica evita las objeciones conscientes a la curación y es extremadamente efectivo.

Sugeriría a los profesionales que prueben este protocolo en cualquiera de sus propias situaciones, problemas o conflictos aparentemente irresolubles actuales o de larga data para comprender cómo es diferente de los enfoques estándar basados en el pensamiento y la memoria;

Toca y sana: Trabajando con mapas mentales (Hartmann, 2012)

Trabajar con Mapas Mentales en los tratamientos de EFT es una aplicación sutil y muy elegante, de hecho, con mucho alcance para hacer cambios en sistemas de problemas complejos y de orden múltiple.

En primer lugar, y aunque absolutamente puedes hacer mapas mentales tan complicados como sea posible imaginar, la idea básica es muy simple y no requiere más que una sola hoja de papel y un lápiz.

Cómo hacer un mapa mental

1. Coloque el encabezado del tema del área del problema en el papel; simplemente escriba la palabra, sea cual sea. Por ejemplo, “Madre”, “Prosperidad”, “Autoestima”, “Salud” o lo que sea.

2. Ahora simplemente escriba otros temas a medida que le vengan a la mente, dejando que las asociaciones fluyan donde quieran. Traza líneas entre los temas y conéctalos de todas las formas que te parezcan apropiadas.

3. Cuando termine una cadena de asociaciones, regrese al tema central para descubrir más “aspectos” y anótelos también.

Ahora tenemos un mapa mental básico que muestra una representación muy simple de los componentes principales del grupo de problemas.

A continuación, aplicamos EFT de la siguiente manera:

El Protocolo de EFT del Mapa Mental

1. Toque con un dedo el primer tema que llame su

atención cuando vuelva a mirar el mapa mental y con la otra mano, comience a tocar. Siga mirando el tema y no hay necesidad de decir nada a menos que realmente quiera hacerlo.

2. A medida que toca, es posible que descubra que desea permanecer completamente en la primera palabra, pero también puede encontrar que su atención se desplaza a una parte diferente del Mapa Mental. Siga su atención con el dedo mientras traza algunas conexiones o toca otros títulos de temas.

3. Continúe simplemente haciendo tapping en las rondas de EFT (sin olvidar los puntos Gamut y Karate) mientras su atención se mueve alrededor del mapa mental y su dedo sigue su atención y “toca el tema”.

4. Si surge algo nuevo, deténgase y colóquelo en el mapa mental. De lo contrario, simplemente continúe hasta que sienta que ha tenido suficiente.

Esta es una técnica verdaderamente interesante en

muchos sentidos. A veces, se revelan o se manifiestan nuevos temas o temas que son incluso más importantes que el tema central original; es posible que deba hacer un segundo mapa mental para este nuevo tema o tal vez pueda ajustarlo en la misma hoja.

Si termina con más de una hoja de papel, es una buena idea tenerlas todas juntas en un punto y permitirse rastrear las conexiones.

Notas sobre el protocolo de EFT del mapa mental

· Algo muy importante e interesante sucede cuando escribes las palabras y las tocas en los niveles energéticos. Hay un tipo diferente de conexión con el tema, como si fuera "sacado a la luz" para ser accesible y con el protocolo de EFT, finalmente tratable.

· Permitir que tu atención deambule por el mapa mientras haces tapping es una forma muy elegante de permitir que tu totalidad (mente inconsciente, mente corporal, partes reprimidas de ti mismo, etc.) tenga una voz directa en el tan importante "Orden y Secuencia" de desentrañar el estado energético. contorsiones a través del sistema problemático.

· Este protocolo es particularmente adecuado para su uso con IEFT.

· He presentado esto como un protocolo de autoayuda, pero es un enfoque del cliente realmente interesante en muchos sentidos, y especialmente útil para los clientes que parecen haberse estancado o parecen estar dando vueltas y vueltas a su grupo problemático sin una salida a la vista.

· A menudo se agradece llevarse los mapas mentales (o una copia de los mismos) a casa después de la sesión de tratamiento como tarea. El cliente puede usarlo para tratar aspectos y temas y, loque es más importante, puede agregar al mapa a medida que se revelan nuevos temas relacionados entre sesiones.

·El Mapa Mental es, por supuesto, un procedimiento de prueba en sí mismo. Usted o un cliente pueden usarlo para rastrear cómo están cambiando sus respuestas y si los temas han perdido su carga emocional; y, por supuesto, se pueden revelar cambios extremadamente interesantes, así como áreas donde se necesita más trabajo al hacer un mapa completamente nuevo para el mismo tema como el primero y comparar los dos.

Sanando tu mundo

Una versión mucho más avanzada y profunda del mapa simple de "palabras en papel" es hacer lo que yo llamo un mapa mundial.

Esto implica ceder un espacio considerable a un grupo problemático en su casa, por ejemplo, una pared entera de una habitación.

Aquí, uno puede fijar, por ejemplo: fotografías, objetos (joyas, por ejemplo); documentos originales (certificados de nacimiento, licencias de matrimonio, extractos de tarjetas de crédito, etc.); obras de arte o dibujos, escritos, etc. notas *post-it* o encabezados de temas más largos o extensos; collages; y, en general, todo y todo lo que un individuo siente es importante para sacar a la luz todo el grupo problemático. Los objetos más grandes, como posesiones, pertenencias, regalos recibidos, etc., se pueden colocar al menos cerca de la pared o, si es necesario, elevarlos colocándolos sobre un taburete, por ejemplo.

Las conexiones se pueden dibujar simplemente en la pared (¿qué es más importante, volver a pintar una sola pared en su casa o resolver y sanar un grupo de problemas importantes?) o usando cinta adhesiva de enmascarar o cuerda.

Al igual que con el protocolo en papel, todo lo que se necesita hacer es dejar que la atención de uno sea atraída hacia donde quiere ir y simplemente tocar, tabular o usar IEFT para despejar las emociones, enredos y problemas de este grupo mientras los toca y así, estar en una conexión mucho más poderosa de lo que podría lograrse de otra manera.

Esto es un muy proceso poderoso y muy personal, por cierto; sabes que está completo cuando puedes quitar todos los

objetos y devolverlos al uso o tirarlos uno por uno, tan pronto como cada relación se haya resuelto por turno.

Cualquier renuencia a eliminar o cambiar cualquier parte de este mapa mundial indica que todavía quedan áreas y aspectos que sinceramente desean ser entendidos, abordados y resueltos.

Otras formas de sanación de mapas

El concepto de externalizando el grupo problemático para sacarlo a la luz para que puedan ser sanados no necesita estar confinado al medio de los mapas mentales clásicos.

El Diario (Hartmann, 2012)

Algunas personas llevan diarios regulares en los que confían profundamente. Estas páginas vibran con las energías expresadas allí, los conflictos entre esperanzas y sueños y los problemas y desafíos que ha experimentado el escritor.

Por supuesto, tales diarios como todas las formas de escritura creativa e incluyendo cartas, poemas, canciones también son una forma de mapa mental.

Tocar diarios existentes mientras se trata a uno mismo con EFT o IEFT puede hacer mucho para resolver estos conflictos por fin y, de hecho, curar al yo del pasado que escribió esas entradas y que todavía existe ahora en los espacios cuánticos atemporales de los océanos de energía.

Aquellos que no escribieron revistas o diarios pueden hacerlo ahora y lograr el mismo efecto al permitirse recordar cómo era "en ese entonces" y escribirlo, sacándolo a la luz con sus propias palabras, lo que, como sabemos, son las claves de su propia neurología.

Si llevar un diario suena como una tarea demasiado grande, una carta escrita por un yo del pasado o un poema breve o una descripción del grupo problemático actual sirven para los mismos propósitos.

Touch & Heal o Toque y sanación (Hartmann, 2012)

Hay literalmente innumerables variaciones de la idea básica de "tocar algo" para entrar en contacto con su esencia y lo que representa para poder curarlo con EFT.

Ropa, ubicaciones en un mapa, objetos y artículos, las imágenes de un anuario o un álbum de fotos familiar, el collar de una mascota perdida, una pared en una habitación de una casa: como dije, las aplicaciones son ilimitadas y, de hecho, incluyen conmovedor personas que están actualmente en tu vida.

Comunicando la Intención al Cuerpo Mente (Hartmann, 2012)

Ahora, tenemos un cuerpo-mente que está dispuesto y listo para realizar un "Reequilibrio de EFT" o una sesión importante de limpieza de meridianos cuando se le indique.

Lo que necesitamos a continuación es comunicar nuestra intención de que esto se haga con el cuerpo-mente.

Como pensamos muchas cosas a gran velocidad durante todo el día y por la noche cuando dormimos, el cuerpo y la mente, como todos los sistemas inconscientes, están básicamente programados para ignorar todo lo que se nos ocurre, a menos que el mensaje esté marcado de alguna manera forma como relevante.

Como la mayoría de las personas ya han intentado el intento de darse sugestiones post hipnóticas en forma de afirmaciones y todo tipo de otras vías con resultados muy dudosos, a medias y contra los bloqueos de energía que existen para evitar que suceda cualquier cosa, simplemente declarar la intención no es tan efectivo como podría haber sido en una época en que las cosas eran completamente diferentes.

Por lo tanto, sugiero realizar una acción simbólica para respaldar la instrucción de que el despeje del meridiano principal del estilo de EFT en la parte superior debe tener lugar además de la instrucción general con voluntad y voz de que así debe ser.

Naturalmente, el Punto Dolorido, siendo siempre el primer punto en cualquier tratamiento de EFT cadena es el principal candidato para esta acción simbólica, ya que la totalidad ya está bien acostumbrada a que este sea el punto de partida para el próximo lanzamiento.

Así que esto es lo que hacemos:

1. Coloque toda su mano sobre el punto dolorido (cualquier lado servirá, pero preferiblemente, la mano sobre su corazón :-), espere hasta que pueda sentir el calor de su mano sobre su piel y muévala suavemente con un movimiento circular.

2. Diga en voz alta que cuando coloca su mano allí y piensa en un problema, comenzando con las palabras "Aunque..." le gustaría que la secuencia de EFT sobre el tema en cuestión se llevara a cabo de forma inmediata y automática.

3. Retire la mano, respire profundamente (estado de descanso) y piense en un problema para contactarlo.

4. Ahora, coloque su mano sobre su corazón y diga la declaración de apertura en voz alta. Preste atención a lo que sucede a continuación: sus sensaciones físicas. ¿Está pasando algo?

5. Las primeras veces que haga esto, es posible que el proceso comience, pero se detenga en alguna parte. Puede ayudar a su incipiente proceso de IEFT dando un toque suave donde parece haberse atascado y luego dejar que siga su propio curso nuevamente.

6. Practique IEFT hasta que suceda bastante rápido y por sí solo.

No hay daño ni problema si a veces todavía tiene que tocar algunos puntos aquí y allá para apoyar el desarrollo del aprendizaje del cuerpo de energía cómo hacer esto y qué es lo que quieres que esté haciendo.

Algunos temas necesitan esto, especialmente cuando comienza por primera vez con IEFT.

Estrella guía adictiva (Hartmann, 2012, 2020)

Hartmann propone el tratamiento de La **Estrella Guía** —***Guiding Stars***— **con EFT** como el próximo gran punto de apalancamiento para resolver los problemas de adicción. **La Estrella Guía se entiende como la experiencia original cuando la persona se "enamora" estructural y absolutamente de la sustancia adictiva o del objeto adictivo.** Siempre hay un recuerdo específico que se destaca y en el que una persona "aprendió" que la sustancia puede ayudarla a sentirse mejor, con una gran carga emocional anclada, lo cual se vuelve inconsciente y repetitivo, al grado de que se vuelve una especie de subpersonalidad guardián difícil de transformar. **Lo más importante no es la carga emocional positiva sino los significados que le da el consultante. Por lo que el tratamiento se tiene que enfocar en asociar esa carga emocional positiva con un nuevo significado.**

Cuando tenemos la historia de la experiencia de la Estrella Guía —cuándo, dónde y cómo la persona se "enamoró de la sustancia adictiva—, podemos tratarla con el Protocolo de la Historia de EFT, paso a paso, hasta que la persona sienta una verdadera libertad emocional y el sistema de energía haya evolucionado más allá de la Estrella Guía.

Hartmann proporciona un ejemplo. Esta señora, llamémosla Jen, tiene una larga adicción a las anfetaminas. Cuando le preguntaron dónde y cuándo fue el momento en que se enamoró de las anfetaminas, contó la siguiente historia.

"Estaba en una fiesta, no conocía a nadie, la persona que me invitó a encontrarnos allí nunca apareció. Estaba pensando en irme cuando esta chica dijo: Tengo algo para empezar la fiesta, puso este polvo blanco en un tazón y luego le echó algunas botellas de vino espumoso y vodka.

Realmente no quería tener nada que ver con eso, pero como estaba más cerca de la puerta, conseguí el primer vaso de plástico con las cosas y todos me miraban, así que me lo bebí.

No me hizo nada al principio, pero un poco más tarde, de repente, la habitación se iluminó, se alejó rápidamente por los lados y sentí que estaba viva por primera vez en mi vida. Me lo pasé tan bien, fui el alma de la fiesta esa noche".

El momento en que la Estrella Guía apareció en su sistema mente/cuerpo/espíritu fue cuando la habitación pareció alejarse rápidamente y su metacomentario consciente de "¡Estoy viva!" fue la conclusión que sacó de la experiencia. Todo esto es simplemente cierto; sucedió y estructuralmente, no podemos culpar a una persona por querer sentirse viva (otra vez).

Como en todas las adicciones, en este caso las anfetaminas, el vodka y el vino espumoso no pueden proporcionar esta sensación de vitalidad a largo plazo; solo un sistema de energía completamente funcional y que fluye libremente puede hacerlo, pero la gente lamentablemente no lo sabe y así nacen las adicciones.

El punto importante de trabajar en *Guiding Stars* con EFT ***es que Jen necesita experimentar la verdad de "estar viva"***. Pedirle que renuncie a su búsqueda de "estar viva" es algo que no se le puede pedir a una persona, y es por eso que las adicciones son tan difíciles de abandonar. El momento de la Estrella Guía representa una experiencia poderosa y positiva y es muy difícil, si no imposible, hacer que una persona "no quiera sentirse viva nunca más".

A menos que la Estrella Guía sea liberada y tratada, siempre que Jen necesite volver a sentirse viva, estructuralmente se volverá hacia la(s) sustancia(s) para ayudarla en un momento de necesidad.

En este caso, Jen siguió el protocolo de la historia, paso a paso.

Hubo muchas ideas a lo largo del camino, incluyendo lo incómoda que se había sentido cuando era adolescente, cómo siempre se había sentido fuera de lugar y desconectada de todos y todo, lo estresada e insegura que había estado y lo vulnerable que había sido, particularmente esa noche en que el amigo que

se suponía que debía encontrarse nunca apareció y “la abandonó en medio de un mar de extraños”.

El verdadero evento de sanación sucedió cuando hizo tapping en "¡Quiero sentirme viva!" con la frase recordatoria de "Viva", que cambió a la mitad de la ronda a una exclamación de "¡¡¡Estoy viva!!!"

Jen estaba tan alegre y llena de energía que literalmente bailó alrededor de la habitación con entusiasmo.

El practicante de EFT le preguntó más tarde qué querría hacer si necesitara sentirse viva, y le ofrecieron elegir entre anfetaminas o una ronda de EFT, y ella se rio y dijo:

“¡Tienes que estar bromeando! ¡Esa no es una elección, es una obviedad!”

En todas las adicciones, tratar la experiencia de la Estrella Guía hasta el punto de que surge un Evento de Sanación que, literalmente, "supera" a la antigua Estrella Guía, es estructuralmente esencial. Sin este tratamiento esencial, una persona no está en una posición, sin importar cuánta "fuerza de voluntad" intente aplicar, para realmente "superar la adicción" de una vez por todas.

La opinión de Hartmann es que las Estrellas Guía solo pueden eliminarse como dispositivos direccionales (¡antes de hacer esto deliberadamente, por supuesto!) mediante otra experiencia emocional significativa (positiva o negativa) que sea de mayor intensidad que la experiencia original de la Estrella Guía.

También es totalmente y absolutamente el derecho del cliente mantener intactos sus sistemas *Guiding Star* y hacer que permanezcan como siempre.

Tenga en cuenta que este es un problema serio, grave y una intervención seria que nunca debe tomarse a la ligera. Cambia profundamente a las personas para eliminar los enredos que tienen con sus Estrellas Guías y pueden y causan un caos absoluto en su ecología, tanto mental como muy prácticamente, ya que todas sus relaciones existentes con todas las personas en

sus vidas bien podrían estar basadas en, y alrededor de una Estrella Guía importante en particular, los enredos energéticos correspondientes y muchas, muchas equivalencias falsas, creencias e incluso valores de toda la vida se basan en lo que sucedió neurológicamente después de una experiencia de Estrella Guía.

No trates a la estrella, trata LOS SIGNIFICADOS

Cuando se descubrió y se concibió este protocolo por primera vez, cometimos el error de tratar directamente a las Estrellas Guías, es decir, extraer la emoción de ellas. Esto se basó en un gran malentendido de la naturaleza de estas experiencias y también en retrospectiva, un desastre ecológico, aunque como muchas de estas intervenciones, se llevan a cabo de buena fe y con el deseo de "liberar al cliente".

Las Estrellas Guía son muy importantes en la vida de una persona y no tener ninguna significa que se ha perdido casi todo el punto de por qué deberíamos estar vivos.

Resulta que el problema con las estrellas guía no era su contenido emocional en absoluto:

¡no hay nada de malo en sentir un amor profundo, una conexión profunda y una felicidad profunda, de hecho! sino los significados que la persona hizo de esto.

Una experiencia de Guiding Star NO es como un trauma en ese sentido. Sí, tiene un impacto profundo en el cuerpo energético y lo cambia instantáneamente, pero en realidad es un cambio para mejorar si tan solo lo supiéramos.

“Curar” estos cambios energéticos y volver a poner las cosas como estaban antes es como quitar quirúrgicamente un tercer ojo mágico que ha aparecido repentinamente en tu frente porque lo están confundiendo con algún tipo de melanoma.

Tratamientos de EFT para problemas de estrellas guía

Uso de EFT LENTO para problemas relacionados con la

estrella guía

SLOW es un protocolo muy completo que realmente limpia los enredos energéticos en una amplia gama.

Ayude al cliente a desarrollar una palabra clave para los problemas de la estrella guía en su totalidad: tanto el bien como las repercusiones, el amor y el sufrimiento, todo junto en una metáfora general.

Haga que el cliente diga la palabra y trate con delicadeza un punto a la vez, incluyendo puntos adicionales si lo considera oportuno.

Sugiera al cliente que lo haga como tarea, un punto por día, para no sobrecargar más el sistema y darle tiempo al cliente para que se ajuste.

Tratamientos TAT para estrellas guía

Se usa TAT (Técnica de Acupresión de Tapas) en este punto, ya que no existe un protocolo de EFT equivalente para crear los efectos de la postura de sostener la cabeza de TAT por momentos de estrés y profundo agobio.

Este es uno de esos momentos en que traer palabras seguramente será un gran obstáculo en lugar de una ayuda.

Las experiencias de la Estrella Guía son por naturaleza, transpersonales, luminosas, epifánicas, extraordinarias.

Como puedes ver, las palabras más bien nos fallan allí. Las emociones experimentadas, igualmente, son enormes. *Así que recurrimos al silencio en su lugar. Simplemente instruya al cliente para que mantenga la postura TAT básica mientras contempla el recuerdo y, más específicamente, que mire y se sintonice con esa instantánea multidimensional que es lo más destacado de la experiencia, o cualquier forma en que generalmente "piensen" en esa experiencia.*

Recuérdeles que respiren y pídales que hablen si es apropiado sobre lo que está sucediendo dentro de sus mentes y cuerpos mientras hacen esto.

También envío una vibración general de aceptación, tranquilidad y apoyo moral mientras esto sucede, y podría intercalar un bajo, "Lo estás haciendo muy bien", si su valentía parece fallar.

La abreacción de las estrellas guía

Tarde o temprano, es posible que tenga o no una abreacción grave en el cliente. Ese es el momento en que realmente les "golpea" lo que ha estado sucediendo en sus vidas desde el inicio de la Estrella Guía y los significados que se derivaron allí.

Es una indicación de que la memoria de la instantánea se ha vuelto a conectar con el sistema general y el paisaje mental que se centró en la instantánea ahora se abre a lo largo y ancho: recuerde que cuanto más tiempo ha estado ocurriendo, más hay y más profunda es probable que sea la abreacción.

Quédese con el cliente, sosténgalo de la mano, tóquelo a él o a usted mismo, o simplemente permanezca allí con apoyo estabilizador, dependiendo del cliente, hasta que se calme y pueda hablar nuevamente.

No intente palabras que tengan sentido en este momento ni les diga nada complicado.

Se están reprocesando a un ritmo vertiginoso en toda su neurología y necesitarán un apoyo suave para recuperarlos.

Déjelos decir lo que quieran o, si no están hablando, déjelos allí y trabajen en silencio en su sistema de energía con apoyo, respeto a su experiencia y amabilidad general.

Puede hacer esto a través de tapping imaginario, enviándoles colores, un "Regalo", una pose imaginaria de TAT sobre sus cabezas o cualquier cosa que se le ocurra y sea apropiada para sus formas de trabajar con un cliente.

Puede tomar prestadas las "sugerencias de flujo" básicas de *EmoTrance*, durante este tiempo:

"Lo que siente son energías poderosas que cambian y se realinean. Sigue respirando y deja que estas energías fluyan, encuentra su propio camino, sigue respirando con calma y deja que estas energías fluyan, de regreso al universo al que pertenecen".

Mientras les haces *tapping* o los tratas, recuerda estabilizarlos en el aquí y ahora. Continúe hablando con calma y de manera constante para que tengan algo a lo que aferrarse. La instrucción básica de "Lo estás haciendo muy bien. Muy bien. Así es, déjalo fluir y reorganizarse mientras curamos estas heridas, lo estás haciendo muy bien..." repetido una y otra vez ayudará enormemente al cliente y lo guiará de regreso a un estado más estable de manera confiable.

Cuando la abreacción comienza a disminuir en oleadas y durante un tiempo considerable después, *no haga más que ayudar al cliente a estabilizarse y centrarse en sí mismo.*

Debe darles todo el tiempo que necesitan para recuperar la claridad y el enfoque; si hay otro cliente programado, debe cancelarlo. Una abreacción es un evento importante que, si se trata incorrectamente, se aborta a la mitad del proceso o no se considera correctamente hasta un punto de equilibrio, puede provocar daños terribles.

También sugeriría absolutamente una *realineación general de energía* para cualquier cliente que haya trabajado con sus Estrellas Guías en cualquier forma.

Breviario de casos y variantes

A.- Wingwave hacia atrás:

1.-Elige un estimulante por el que sientas placer y te esté causando problemas (droga, alcohol, tabaco, chocolate, otros).

2.-Qué sientes al consumir ese estimulante.

3.-Encontrar el eco corporal (sensación-sentida) de eso que sientes, o sea, de ese estado emocional positivo.

4.-Procesado bilateral o alternado del estimulante y la sensación-sentida, en una oscilación bilateral con ojos cerrados o en brainspots ubicados en un campo visual.

5.-Tras el desencanto del estimulante crear una autoimagen positiva —sin estimulantes— asociada a la sensación-sentida.

Referencias

Besser-Siegmund, Cora; y Siegmund, Harry (2010). "Coaching Wingwave". España: Rigden Institut Gestalt

Craig, G. y Fowlie, A. (1995). "Emotional Freedom Techniques: The Manual". The sea ranch, CA

Craig, Gary y Tina Craig (2014). "EFT Gold": www.emofree.com

Church, Dawson (2017). "The EFT Manual". Fourth edition. USA: Energy Psychology Press www.EFTUniverse.com

Hartman, Silvia (2001). "Aventuras con EFT". España: Grixó

Hartmann, Silvia (2003). "The advanced patterns of EFT". Ediciones DragonRising

Hartmann, Silvia (2012). "Energy EFT". Reino Unido: Dragon Rising Publishing

Hartman, Silvia (2020). "r(E)volution. Our Future Starts NOW!" Reino Unido: The Guild of Energists: www.GoE.ac

Smith, Robert G. and Jewell, Kim J. (2012). "From stress to success". Ed. for Kim Jewell

41.- TTT

TTT — **T**rauma **T**apping **T**echnique— es un método muy simple que Gunilla Hamne y Ulf Sandström (2021) personalmente han probado que funciona durante cuatro años de capacitación y tratamiento —a partir de 2007— en la República Democrática del Congo y en Ruanda, ambos países de África. El tratamiento dura solo 15 minutos, no tiene efectos secundarios y cualquiera puede aprender a hacerlo. El método se puede combinar fácilmente con otras formas de asesoramiento o psicoterapia.

TTT es una forma eficiente y suave de tratar trauma y otros problemas psicológicos, siendo parte de un campo de tratamientos de exposición psicosensorial. **Psicosensorial** describe nuestra percepción mental e interpretación de los estímulos sensoriales. Dejando claro que el cuerpo y la mente no están separados, sino completamente conectados.

Los métodos somáticos (basados en el cuerpo) como TTT y otros —llamados TFT, EFT, SET, etc.— se han utilizado con éxito durante muchos años en los EE. UU., Australia y Europa, así como en África desde que se introdujo allí. En los EE. UU., TTT se ha mostrado muy eficaz para tratar a los llamados veteranos de guerra, es decir, con los soldados traumatizados.

Traumatismos

En todas partes y todo el tiempo la gente se pone traumatizados por experiencias como conflicto en la familia, robo, accidente de tráfico abolladuras, desastres naturales, enfermedades, partos difíciles, etcétera. Pero en áreas de conflicto y posconflicto un gran número de personas han recibido o reciben traumatizados por experiencias extremas como la guerra, el genocidio, verse obligados a escapar su hogar, enfermedades incurables (como el VIH/sida), el hambre, la pobreza, la violación y la violencia sexual, etcétera.

Para muchas personas, alfabetas o analfabetas, es difícil aprender cosas nuevas como los programas que se establecen para los sobrevivientes, los estudios en la escuela o la universidad u otro tipo de capacitación.

TTT es una técnica sencilla de aprender. Que se resume de esta manera: Mientras la persona/cliente/beneficiario activa la mente sobre el recuerdo traumático, es decir, piensa en el problema, pero solo un poco, el tratante/terapeuta hace tapping —percusiones o "golpecitos"— con las yemas de los dedos suavemente en ciertos puntos de curación en la cara, en el pecho y en una de las manos, esto envía señales a la mente y hace se relaje y neutralice el trauma.

Los traumas también pueden ser vicarios, es decir, alguien se puede traumatizar viendo a otras personas traumatizadas. Esto le sucede, por ejemplo, a soldados, algunos cuidadores y ayudadores como médicos, psicólogos y enfermeros.

Los puntos de curación que usamos en TTT están situados en los canales de energía del cuerpo. Estos canales se llaman meridianos y fueron descubiertos por los chinos al menos hace 5000 años. El Dr. Roger Callahan (1981) estableció un tratamiento utilizando el sistema energético chino y sus puntos de curación para tratar problemas psicológicos. Llamó al tratamiento Terapia de Campo de Pensamiento - TFT. Y desde entonces este tipo de tratamientos se han expandido por todo el mundo y se denominan como un término Psicología Energética. Pocos tipos de tratamientos como estos pueden brindar un alivio tan suave de las dificultades y traumas profundos, pudiendo tratar la mayoría de los otros problemas psicológicos, como la fobia, la ansiedad, la depresión y el estrés.

Ventajas de tratar con TTT

Cualquiera puede ser tratado con TTT. Él o ella no tiene que estar traumatizada y/ o diagnosticado con TEPT (Postraumático Trastorno de estrés). Cualquier tipo de problema psicológico o estrés se puede aliviar con TTT.

Después de varios años de realizar capacitaciones en TTT y tratar a sobrevivientes y perpetradores de violencia, hemos visto que existen algunas ventajas específicas con aplicar y usar el TTT para curar traumas.

Algunas ventajas son:

Es fácil de aprender, barato y completo. La curación a menudo tiene lugar después de uno o un par de sesiones, durando cada una entre 10-15 minutos.

A menudo alivia los síntomas del trauma permanentemente y no tiene efectos secundarios negativos.

Puede ser utilizado en cualquier lugar en cualquier momento por cualquier persona y se puede hacer en grupo o individualmente.

Se puede utilizar en combinación con otros tipos de tratamientos y/o asesoramientos.

Tocar con tapping no solo da consuelo, sino que también libera la hormona del bienestar llamada oxitocina.

Empodera a las personas cambiándolas de víctimas/sobrevivientes a sanadores desde pueden tratar a otros después de ser tratados y se entrenaron a sí mismos. Esto es posible porque el tratamiento es fácil de aprender.

Los colectivos que hemos formado y tratado son: viudas de guerra y genocidio. Mujeres sometidas a violación y/u otro tipo de violencia sexual. Hijos nacidos de violación. Huérfanos de guerra y genocidio. Ex niños soldados. Personas que viven con el VIH/sida. Así como perpetradores de violencia.

La Técnica de Trauma

Cómo acercarse al cliente/beneficiario

Como en todo tipo de consejería lo más importante es establecer una buena relación con el cliente. Haz que la persona se sienta segura en tu compañía.

Demuestra que tú estás ahí para el cliente y se preocupan por su bienestar. Estamos trabajando para la persona, no para nuestra propia satisfacción de ayudar. Esto es lo que llamamos ***enfoque centrado en el cliente***. Nos ganamos el derecho de ayudar a la persona a cambiar.

Algunas sugerencias importantes en torno al tratamiento:

Deje que el cliente cuente lo que quiera contar sobre sus experiencias. Seguir y escuchar atentamente y con respeto. Algunos la gente prefiere guardar el problema o el evento traumático para ellos mismos. Eso está perfectamente bien ya que el tratamiento TTT solo necesita que la persona piense en su problema. Cuando le decimos a la persona que no tiene que contar sobre el evento traumático, esto no quiere decir que no nos interese o no nos importe. Solo queremos dejarlos en privacidad si les gusta.

Explicar cómo se hace el tratamiento. Este es importante ya que TTT es un tipo diferente de tratamiento.

Tenga en cuenta que algunos pensarán que parece una broma y que es demasiado simple para ser de su agrado.

Dile a la persona que te tocarás algunos puntos de curación en el cuerpo y le mostrarás dónde están.

Pida permiso para tratar a la persona. Si él / ella dice "Sí", entonces seguimos, pero siempre hay que respetar un ”No” o una vacilación. El cliente es quien decide.

Dé tiempo al paciente para que lo piense. No le apresure.

No prometas que lo vas a sanar o curar.

La secuencia de puntos de tratamiento

Toque de 10 a 15 veces en los siguientes puntos en el siguiente orden. Toque suavemente, pero con firmeza, con dos o tres dedos:

1. El punto de karate/lado de la mano debajo del dedo meñique.

2. Comienzo de la/s ceja/s.

3. Fuera de el/los ojo/s, en el hueso.

4. Debajo de los ojos, en el hueso.

5. Debajo de la nariz.

6. Debajo de la boca.

7. Debajo de la clavícula.

8. Bajo el/los brazo/s, una mano debajo de la axila.

Dedos de una mano:

9. El dedo meñique (en el interior, en la parte inferior de la uña).

10. El dedo anular.

11. El dedo medio.

12. El dedo índice.

13. El dedo pulgar.

14. Debajo de la clavícula.

Ver aquí un video descriptivo: https://youtu.be/1H4w_CCJAO4

Como hacer TTT

Se le pide al cliente que piense en su problema, que lo sintonice como si encontrara la frecuencia o estación de radio correcta. Para no sufrir el cliente sólo tiene que pensar ligeramente en el problema, es decir, como tener el volumen del radio bajo. No es necesario que él o ella profundice en el problema. Esto es muy importante.

Cuando el cliente piensa en su problema, el terapeuta hará tapping en ciertos puntos específicos del cuerpo: en la cara, en el pecho y en la mano, ya señalados líneas arriba. Estos son puntos curativos en los canales de energía/meridianos que conectan todas las partes del cuerpo y la mente.

Durante el tratamiento la mente se relajará y el cuerpo también. Sorprendentemente para la mayoría de las personas el problema disminuirá o desaparecerá. Cuando el cliente intenta volver a el sentimiento original no se enfada más al respecto A pesar de que él / ella todavía recuerdo lo que pasó.

Se quita el sufrimiento, pero los valores y la conciencia permanece. Queda un vago recuerdo del trauma, pero la persona tiene control total sobre él. La curación es a menudo tanto total y permanente El tratamiento toma aproximadamente 15-25 minutos. Después de terminar el tratamiento, pregúntele a la persona cómo se siente en ese mismo momento (sólo podemos decir cómo son las cosas ahora mismo, no sabemos nada del futuro).

Así hacemos el tratamiento:

1. Establecer contacto con la persona que quiere ser atendida.

2. Explique el tratamiento – cómo se hace.

3. Pídele a la persona que piense en su problema, solo un poco, no profundamente.

4. Tratar la Secuencia de Puntos (ver si la cosa ha cambiado, incluso el más pequeño cambio: felicitarla y dar palabras de fuerza para animarlo o ella. No eres tú como facilitador quien cura a la persona, es la energía de la persona tratada la que inicia el proceso de curación).

5. Pídale a la persona que tome dos profundas respiraciones.

6. Trate la Secuencia de Tratamiento de Trauma de Puntos una vez más.

7. Pídale a la persona que tome un poco de profundidad al respirar y que descanse un rato.

8. Pregúntele a la persona cómo se siente y pregúntele si algo cambió.

9. Si la persona dice que nada ha cambiado, vuelva a realizar el tratamiento.

10. Si la persona dice que tiene cambios tomarla de la mano y felicitarla.

La Técnica de Trauma Tapping (TTT)

Así es como se hace la técnica básica del TTT.

1. Conéctate con la emoción que te molesta, aunque sea levemente

2. Toque 15 veces, firme pero suavemente, en los puntos de la imagen

3. Tome dos respiraciones profundas: una inhalación corta y una exhalación prolongada

4. Repita el procedimiento de tapping como se describe arriba

5. Tome dos respiraciones profundas: una inhalación corta y una exhalación larga.

6. Relájate y respira con normalidad.

7. Cuando trate a otra persona, termine tomando su mano entre las suyas y espere a que esté lista. Puede pedirles que observen cualquier cambio.

Está bien que una persona reciba el tratamiento con los ojos abiertos, pero puede tener un efecto mayor si los tiene cerrados, ya que le permite relajarse y concentrarse en

sus sensaciones internas. Además, puede revisar los párpados para detectar aleteo, lo cual es una buena señal de relajación.

Para que la TTT tenga efecto, la persona tratada tiene que estar conectada con la emoción que desea tratar, por lo que la TTT funciona perfectamente si se aplica durante una reacción emocional. Si no están conectados con la emoción que desean tratar, el efecto será una ligera relajación, disminución de los niveles de cortisol y tranquilidad, pero la reacción puede resurgir.

Aquí hay un posible programa para un entrenamiento en grupo:

1. Haga que todos se laven las manos o usen un desinfectante para manos

2. Los participantes y el(los) capacitador(es) se presentan

3. Introducir primeros auxilios para el estrés y el trauma.

- ¿Qué sucede cuando estás estresado y cómo se nota en ti?

- ¿Qué haces normalmente para reducir tu estrés?

Por lo general, hacemos estas preguntas para involucrar a los participantes y lograr que piensen sobre sus propias experiencias de estrés y trauma.

Por lo general, primero mostramos el tratamiento en uno mismo y luego los participantes se hacen el tratamiento entre sí de dos en dos.

Si está realizando un taller para profesionales de la salud, voluntarios o asistentes psicosociales, discuta tanto sus propias reacciones como las de sus beneficiarios. Todos reaccionamos de manera diferente. Que sea breve. Si es posible, haga una lista de los síntomas que las personas mencionan en una pizarra o rotafolio. Estos son algunos ejemplos de los síntomas que los participantes suelen mencionar: “A menudo tengo dolores de

cabeza”, “Me aíslo”,“Me enojo fácilmente”, “Pierdo el apetito”, “Como dulces”, ”No puedo dormir”.

Pregunte a los participantes qué suelen hacer para reducir el estrés. Algunos pueden mencionar bailar, caminar, rezar, dormir, hablar con un amigo, escuchar música, nadar o ir al gimnasio.

Sugiera que agreguen tapping a lo que hacen. Otros pueden admitir que consumen alcohol, drogas, fuman o comen en exceso. TTT es una forma muy segura y eficiente de liberar el estrés que pueden usar cuando sienten ese antojo.

Explicar la mecánica del estrés es muy útil. El estrés en sí mismo no es algo malo, también es un mecanismo de supervivencia que nos ayuda a generar fuerza y nos permite luchar o huir del peligro. El estrés elevado es una respuesta saludable a corto plazo a una situación, como una amenaza, y se supone que desaparece cuando la amenaza termina. A veces nos quedamos atascados en la respuesta al estrés que puede causar síntomas negativos en nuestro cuerpo y mente.

4. Pregunte a los participantes sobre sus experiencias de estrés y trauma.

5. Practique la técnica de tapping en trauma.

Muestre la ubicación de los puntos de tapping en usted mismo, en un dibujo, en una pizarra o en un rotafolio.

También explique la escala SUD y que cada participante califique su trauma.

A. Hacer tapping en uno mismo como método de autoayuda

B. Tocar a otra persona: tocarse unos a otros.

Muestre cómo hacer TTT en otra persona pidiéndole a alguien que se ofrezca como voluntario para que usted le haga tapping. Muestre cómo sentarse uno al lado del otro, no uno frente al otro, al hacer tapping.

6. Pida a los participantes que compartan su experiencia del tapping

7. Discusiones en pequeños grupos sobre cómo implementar estos aprendizajes

8. Evaluación

Cómo facilitar TTT en otra persona

1. Establecer contacto.

2. Explica cómo se realiza la técnica.

3. Pídele a la persona que piense en su problema, pero solo un poco, no profundamente.

Puede pedirles que califiquen sus sentimientos del 0 al 10, donde 0 es nada.

4. Realice la secuencia de puntos de la técnica de tapping como se describe a continuación.

5. Luego pídale a la persona que respire profundamente dos veces.

6. Repita la secuencia de la técnica de tapping.

7. Pídale a la persona que respire profundamente dos veces y descanse mientras sostiene su mano.

8. Pregunte cuánto ha cambiado, de 0 a 10. Si está por encima de 2-3 haz el Tapping de nuevo. Si la persona dice que algo cambió, felicítelo.

Observaciones:

Puede cerrar los ojos si se siente cómodo haciéndolo

Toque usted mismo y diga los puntos en voz alta para que el que toca pueda seguirlo

Después de las dos rondas de tapping, dígales que se queden quietos por un momento y hágale al “cliente” las siguientes preguntas:

"¿Qué notas que ha cambiado?" "¿Eso es bueno o malo?"

"¿Cuál es el número 0-10 de lo que les molestó, ahora?"

“¿Te gustaría más tapping o estás contento?”

Si están contentos, estreche la mano de los "clientes" y diga "Felicidades". Cuando terminen, dígales que cambien de lugar y repita para que todos hayan intentado hacer tapping y ser tocados. Dígales que esperen con reflexiones hasta que todos estén reunidos nuevamente.

Con TTT no usamos frases preparatorias ni afirmaciones, en parte porque pueden volver a traumatizar y porque a muchas personas les resulta muy cómodo lidiar con sus experiencias traumáticas en silencio e internamente, dejando de lado la expresión verbal de las palabras y concentrándose en cambio en interiormente el proceso.

No usar palabras significa también no tener que mencionar lo que uno ha vivido, ya sea relacionado con la vergüenza, la culpa o información sensible que uno preferiría guardar en su interior, especialmente cuando se trabaja con grupos. Si está haciendo TTT en grupos, le recomendamos, por ejemplo, el Poema somático como una preparación para conectarse con las emociones.

Al aplicar TTT estimulamos 14 puntos específicos en la parte superior del cuerpo.

Los mismos puntos se utilizan en tratamientos psicosensoriales similares como TFT y EFT.

Una sesión de TTT se completa solo después de hacer la secuencia de tapping dos veces.

Nuestra experiencia muestra que el cambio comienza durante la primera ronda de tapping. La respiración entre rondas también calma el sistema nervioso. La segunda ronda de tapping

a menudo aleja las emociones, las imágenes o los síntomas, o los disuelve por completo

Consideraciones para la técnica

Posibles reacciones después de una sesión de TTT:

Reacciones positivas y agradables

A.- Sensación de que el trauma ha disminuido y se ha vuelto más distante.

B.- Aceptar lo que ha pasado, como “Bueno, eso fue entonces, se acabó. Pero ahora estoy aquí. Tengo que seguir con mi vida”.

C.- Una risa, una sonrisa y sentirse feliz. Estas reacciones también son signos de relajación.

D.- Lágrimas y/o llanto de alivio.

E.- Identidad verdadera. También puedes hacer el tratamiento de nuevo mientras la persona está pensando sobre las cosas buenas y "aprovecharlas" en el cuerpo y la mente.

F.- Después de que se ha producido la curación con TTT, es posible trabajar y reflexionar sobre las posibilidades que el beneficiario ahora puede ver en su vida. Eso significa integrar Experiencias anteriores y asesoramiento. Deje que la persona busque en su mente las posibilidades. Después de usar TTT, cualquier tipo de asesoramiento o terapia funcionará mucho mejor, porque la persona ya no está atrapada en el trauma y puede seguir adelante. Ahora pueden asumir la responsabilidad de las actividades de su vida diaria. Todas las cosas que ellos han tratado de aprender y lograr antes sin tener éxito, ahora podrán hacerlo.

La caída del brazo

Cada vez que deje caer la mano o el brazo del cliente, puede balancearlo suavemente de derecha a izquierda y dejarlo

caer sobre sus piernas desde una altura leve. Si la persona está relajada, la mano suele caer como si estuviera durmiendo, a veces se quedará en el aire cuando la sueltes. Independientemente de cuál, esto a menudo tendrá el efecto de profundizar el proceso de relajación.

El asidero para tocar con los dedos

Cuando llegue a los puntos 9 a 13 en las puntas de los dedos, ayuda poner los dedos en la rodilla o en una mesa. Cuando está tratando a alguien, puede hacer un "apretón de manos izquierdas" que le permite golpear los dedos contra su propia mano o muñeca.

Reacciones físicas adversas

Después de una sesión, la mayoría suele sentirse relajado. A veces puede haber reacciones físicas tales como somnolencia, náuseas, dolor de cabeza, transpiración, sacudida.

Estas son señales de que se está produciendo un cambio. Siempre hacemos un acuerdo para que se nos permita continuar con una sesión más si surge algo como esto.

Entre los curanderos tradicionales del Amazonas y los yoguis de la India, el vómito se considera una forma muy importante de liberar tensiones y problemas.

Sentirse disociado del cuerpo

A menudo hay una disociación del cuerpo después de un evento traumático. Esto significa que la persona no está completamente "en casa" en su cuerpo, porque inconscientemente se esconden del recuerdo doloroso por “dejar el cuerpo”. Con diferentes ejercicios corporales se puede devolver a la persona al cuerpo y hacerla responsable por sus propios cuerpos otra vez.

Aparte de Do-In también hay ejercicios de respiración y otros tipos de masajes son buenos para incluir para el bienestar de los beneficiarios y los cuidadores. Juntos con el tratamiento TTT también son herramientas para el autocuidado.

Cansancio

Después de un tratamiento con TTT, la mayoría de las personas se sienten aliviadas de una forma u otra. Porque, aunque parezca simple, el tratamiento tiene un fuerte efecto en el sistema cuerpo/mente. Las reacciones más comunes son: sentirse ligero, relajado o cansado. Estas reacciones vienen porque cuando la tensión del trauma sale del cuerpo la persona siente lo cansado que está realmente.

Es decir, la tensión del trauma ha tomado mucha energía. Esto significa que el cliente puede necesitar descansar después del tratamiento. Algunos incluso reportan sentirse un poco mareados. Eso también es completamente normal.

Barreras del idioma.

Todavía se puede ayudar a una persona, aunque su historia no se pueda entender verbalmente, siempre que entienda lo suficiente como para aceptar una sesión y esté conectada con su emoción.

Entre las dos rondas de Trauma Tapping, durante la respiración profunda y después de la sesión, le recomendamos que sostenga la mano del cliente entre sus manos, hasta que esté listo para continuar.

Sentimiento de vacío

Las emociones traumáticas pueden ocupar mucho espacio. Después de un tratamiento en el que se disuelven los síntomas del trauma, algunas personas se sienten vacías, casi huecas. Puede ayudarlos sugiriendo que llenen este vacío con algo que prefieran: luz, calma, su verdadero yo, amor. Inhala lo que te gustaría sentir en su lugar, y haz una ronda de tapping sobre este sentimiento positivo.

Técnica de primeros auxilios

Recuerde que consideramos TTT como una técnica de primeros auxilios para todos, no como un reemplazo de otros

tratamientos si estos están disponibles.

Siempre ofrecerás el servicio de Trauma Tapping como tratamiento complementario, una herramienta de primeros auxilios. Cualquier otro tratamiento que esté recibiendo el beneficiario, como terapia o medicación, no tiene nada que ver con esto.

Sea creativo y vea cómo puede combinar TTT en cualquier tipo de tratamiento o terapia que use regularmente.

Hay que trabajar las metáforas de los consultantes.

Si surge una emoción intensa o abreacción

A veces, un cliente puede desencadenar una fuerte respuesta de estrés mientras explora eventos anteriores o suprimidos en trance. Decir suavemente. “Ahora tocaré tu frente mientras continuamos”, y comenzar el procedimiento TTT desde allí, mientras explica lo que sucederá a continuación para mantener su sensación de seguridad, permite que la sesión continúe sin tener que pasar por la abreacción y aun así resolver el mecanismo subyacente.

Si se activa una respuesta emocional durante una entrevista previa al tratamiento, es una gran oportunidad para aplicar TTT. Muchos problemas centrales se pueden aclarar y el cliente entrará en un trance relajado y más ligero, lo que permitirá una progresión natural hacia una sesión de hipnoterapia, por ejemplo. Por lo general, están en trance después de diez minutos o menos.

Visión de túnel

La pérdida de la visión periférica que resulta en un campo de visión similar a un túnel, surge a menudo debido a una reacción de estrés en el Sistema Nervioso Autonómico. La visión de túnel es un síntoma que puede desaparecer tras una sesión de TTT.

Ventana de Tolerancia

Cuando usted está dentro de su ventana de tolerancia

afectiva, su cerebro y sistema nervioso autónomo están en equilibrio, no hay amenaza para su seguridad y su mente será lúdica, resolverá problemas y será social. Cuando sale de su ventana de tolerancia, puede quedar atrapado en hipervigilancia o hipo-excitación.

Posesión por "demonios"

A veces, en algunas áreas, una persona con síntomas de estrés emocional y postraumático se comportará de una manera que se percibe como o explicado como poseído por un demonio. Proporcionar una sesión de TTT puede salvarles la vida, literalmente, ya que la posesión por parte de demonios a menudo es temida y tratada con agresión, sobre todo en el continente africano.

Investigación de TTT (2018)

A Peta Stapleton (2018) le emocionó que los fundadores de Peaceful Heart Network, Ulf Sandström y Gunilla Hamne, se acercaran a ella para supervisar una

evaluación de TTT para jóvenes en la República Democrática del Congo. Pudimos investigar si una versión de TTT de autoayuda de tres semanas para reducir el estrés sería efectiva.

El estudio involucró a 77 jóvenes que optaron por asistir al programa. El rango de edad fue de 10 a 30 años y hombres y mujeres estaban involucrados.

Todos los jóvenes participaron en una sesión grupal de tratamiento inicial de dos horas. La sesión de tratamiento abarcó la teoría y los síntomas relacionados con el trauma, la autoaplicación de la técnica de tapping, las instrucciones de respiración y el uso de canciones para recordar fácilmente la técnica. Fue demostrado por los terapeutas y autoaplicado por los jóvenes asistentes. Después de esto, los participantes practicaron la autoaplicación de tapping bajo supervisión como rutina diaria durante las siguientes tres semanas.

Durante las tres semanas del programa TTT todo el grupo

de 77 estudiantes indicó una mejora significativa en la felicidad (aumento del 12,12 %) y una reducción significativa en los síntomas de estrés o trauma (disminución del 6 %). Después de seis meses, los jóvenes todavía indicaron una reducción del 11,4 % en sus síntomas de trauma.

Los resultados de este estudio piloto son importantes para ampliar las posibilidades de empoderar a los pacientes y sus familias en un área de posconflicto con un modelo simple para disminuir los síntomas agudos del TEPT. Los resultados y la retroalimentación indican en un nivel preliminar que el modelo TTT de 3 semanas puede ser un enfoque válido. Se recomiendan estudios adicionales que aborden las limitaciones anteriores, incluidos ensayos clínicos aleatorios a gran escala.

Otros recursos que complementan TTT:

1.- Las cartas Pathfinder

Las Tarjetas Pathfinder son un método de entrenamiento basado en imágenes para coaching no verbal que cualquiera puede usar por su cuenta, para encontrar una salida a una posición emocionalmente estancada.

Las Cartas Pathfinder —ver algunas de estas en el libro de TTT 2021, página 183— se basan en métodos de curación metafóricos, en los que se le pide a una persona que traduzca su desafío en algo visual.

Este es el concepto:

A. Piensa en un problema, reto o necesidad en tu vida.

B. Elije una carta al azar (cierra los ojos y coloca un dedo sobre una).

C. Permite que tu mente reflexione libremente sobre las posibles relaciones entre esa imagen y tu problema.

D. Elige otra carta y repite.

Continúa hasta que puedas sentir una nueva dirección de pensamientos o emociones.

Otra gran herramienta para reducir los síntomas de estrés y trauma es Havening, que implica una forma específica de acariciar la parte superior de los brazos, las manos y la cara.

2.- Havening o Auto-refugio

El Dr. Ronald Ruden desarrolló Havening Techniques después de muchos años de investigación sobre la neurociencia subyacente del Tapping. El modelo neurocientífico de Havening explica cómo una intervención del tacto puede desencadenar reacciones electroquímicas en el cuerpo que pueden llevar a resolver (despotenciar) una respuesta emocional ante un recuerdo o estímulo angustioso.

A. Cruzar los brazos, poniendo la mano derecha sobre el hombro izquierdo y la mano izquierda sobre el hombro derecho.

B. Mueva firmemente las manos desde ambos hombros hasta los codos (ambas manos al mismo tiempo) repetidamente a un ritmo regular.

C. Al mismo tiempo, tararea una melodía sencilla sin palabras.

D. Alterne frotando las palmas de las manos en un movimiento circular.

E. Continúe hasta que se calme.

Para alguien con un ataque de pánico, el tapping puede percibirse como demasiado intenso. Mostrarle a alguien cómo Auto-refugio o aplicar Havening simplificado es una excelente alternativa. Para obtener más información sobre las técnicas de Havening y la ciencia subyacente, lea el excelente libro del Dr. Ronald Ruden.

3.- Golpeteo de gorila

El pecho es un área muy potente para aprovechar el bienestar en el sistema nervioso. Simplemente tocar el pecho —debajo de las clavículas— puede resolver mucha tensión.

Llamamos a esto tapping de gorilas porque la mayoría de la gente sabe cómo lo hacen los gorilas, especialmente cuando trabajamos cerca de los gorilas de montaña en las montañas. Los gorilas tocan el pecho para mostrar que están bien. El sonido es espectacular, como un tambor parlante.

4.- Sosteniendo la cabeza calmante

Para finalizar una sesión de tapping o cuando alguien está demasiado agitado para apreciar el tapping, una buena manera de relajar la mente es mantener las manos quietas y firmes alrededor de la cabeza. Coloque una mano con la palma en la parte delantera de la cabeza y la otra mano en la parte posterior de la cabeza con el dedo meñique debajo de la base del cráneo y el resto de la mano en la parte redondeada en la parte posterior de la cabeza, justo arriba del cuello.

Permanezca así durante unos cinco minutos o hasta que la persona se sienta tranquila. Esto lo ha usado Peter Levine al tratar en una sesión a David Grand, según escribió este último.

5.- Ejercicios de respiración

Hemos encontrado útiles las siguientes técnicas de respiración para volver a la homeostasis, su ventana de tolerancia afectiva.

Respiración Alpha-Theta – Respiración general

Esta respiración es eficiente y tendrá un efecto calmante. También es la respiración que usamos entre ambas rondas de tapping y después. Se llama Respiración Alpha-Theta porque nos lleva a un estado con ondas cerebrales Alpha y Theta más lentas y meditativas.

A. Tome una respiración rápida y profunda inflando el diafragma y empezando por la nariz.

B. Aguanta la respiración ligeramente durante un par de segundos sin taponarte la garganta. Fíjate cómo te sientes.

C. Deja salir el aire a través de los labios sueltos, como un profundo suspiro. Permita que sus hombros caigan. Observe

la sensación justo después de dejar salir el aire, antes de empezar a respirar de nuevo.

D. Repita 2 o 3 veces.

6.- PTB: Pasa el Globo

Cuando Gunilla estaba realizando un taller en Gaziantep, Turquía, con profesionales de la salud sirios, entre otros, dos niños que acababan de ser rescatados del bastión de ISIS asistieron a la capacitación con su tío y su padre. Los niños se quedaron quietos en sus sillas, mirando al suelo con ojos fijos. La tristeza y el miedo habían convertido sus rostros en un gris sin sangre. Habían visto demasiada crueldad, presenciando ahorcamientos y matanzas en las calles.

Cuando comenzaron a llenar los globos con aire, uno de ellos miró hacia arriba con cuidado, solo con los ojos. Cuando les pidieron a todos que se pusieran de pie y jugaran con los globos, todavía dudaron. No se dieron cuenta de que estaban tan traumatizados hasta que vieron que casi no podían jugar.

Un globo es una herramienta fantástica para la alegría y para movilizar a personas traumatizadas. Convenientemente, no ocupa espacio ni peso para llevar.

A. Hay que Inflar un globo.

B. Pásalo:

-Te hace cooperar: hacer rebotar el globo hacia los demás rompe el aislamiento.

-Tienes que mirar hacia arriba para atrapar el globo: mirar hacia arriba envía señales positivas al cerebro.

-Nadie falla; el globo cae por el aire muy lentamente y es fácil de atrapar. Una persona estresada o traumatizada puede tener dificultades para reaccionar lo suficientemente rápido como para atrapar una pelota normal y, si falla, se sentirá como un fracaso.

-Es divertido; invita a la sonrisa y la risa.

7.- Automasaje Do-In

Este es un automasaje que a menudo enseñamos a grupos en relación con los entrenamientos de TTT. Tarda entre 10 y 15 minutos.

Do-In es japonés y significa guiar a las personas con sufrimiento físico o emocional a encontrar el camino hacia la claridad.

Mientras haces el ejercicio envía pensamientos de agradecimiento a tu cuerpo, agradeciéndole por estar ahí para ti. La gratitud es una buena medicina.

Párese con los pies separados al ancho de los hombros, los brazos colgando sueltos a los lados del cuerpo.

Tome algunas respiraciones profundas y observe cómo se siente el cuerpo.

1. Masajee bien la palma con el pulgar.

2. Masajee el dorso de la mano pasando el pulgar en el valle entre los huesos que conduce a los nudillos.

3. Coloque una mano debajo del ombligo, gire y tuerza cada dedo por separado. Repita el mismo procedimiento desde el punto uno con la otra mano.

4. Dar palmadas o golpecitos en toda la cabeza.

5. Colocar los pulgares sobre las sienes y con los dedos algo enroscados “abrir” la frente, es decir tirar de los dedos del medio hacia los lados tres o más veces.

6. Jale/arrastre con sus dedos índices detrás de la oreja, a lo largo del costado del cráneo.

7. Apriete las cejas entre el pulgar y el índice, comenzando por encima de la nariz.

8. Presione con las yemas de los dedos a lo largo de las raíces de la fila superior de dientes. Haz lo mismo con la fila inferior de dientes.

9. Masajea todo el rostro.

10. Tire de las orejas, estirándolas lo más posible en todas las direcciones.

11. Acariciar la garganta, masajeando la glándula tiroides.

12. Apriete los músculos del cuello; primero con una mano y luego con la otra.

13. Con la mano izquierda, dar palmadas en la parte interna del brazo derecho hacia abajo y en la parte externa hacia arriba. Haz lo mismo con el otro brazo.

14. Dar palmadas en el hombro izquierdo con la mano derecha, apoyando el codo con la otra mano, bajando lo más posible. Cambiar de lado.

15. Toque el pecho con la punta de los dedos o aplauda con las palmas, como el golpeteo del gorila.

16. Dar palmadas debajo del brazo, desde la axila hasta la cadera.

17. Masajea el vientre haciendo circular suavemente las palmas de las manos en el sentido de las agujas del reloj.

18. Inclínese hacia adelante y palmee la espalda, alcance lo más alto posible.

19. Aplauda las caderas y la parte inferior.

20. Dar palmadas a lo largo de las piernas por fuera bajando y por dentro subiendo.

21. Sujeta las rótulas con las manos y haz un movimiento circular, como bailar o girar. Ambas direcciones.

22. Camine en el lugar, o alrededor si tiene espacio, primero sobre los dedos de los pies, luego sobre los talones, luego sobre la parte externa de los pies y finalmente sobre la parte interna de los pies.

23. Quédese quieto con los ojos cerrados por un momento, respire profundamente y observe si hay alguna diferencia en cómo se siente el cuerpo.

Hay un video de instrucciones en https://youtu.be/i6WjP5G4xLs

Entrenamiento Do-In en un campo de refugiados en las afueras de Goma en el Congo.

8.- El poema somático

Este poema está diseñado específicamente para trabajar con grupos, con gestos y palabras cuidadosamente elegidos para activar un estado mental donde el cambio es posible y puede ser útil cuando TTT se enseña y se aplica a un grupo.

Se realiza todo junto en llamada y respuesta. Todo el mundo sigue al líder.

Imagina. Imagina una lluvia (brazos hacia el cielo)

Imagina una lluvia curativa que cae sobre tu cabeza (toca la cabeza) Que te lava la cabeza, también por dentro (toca la cabeza) Lava tus imágenes (toca los ojos)

Tus sonidos (tocar oídos)

El dolor en tu corazón (tocar el pecho)

Las cargas sobre tus hombros (toca los hombros y los costados de los brazos) Y lo lava todo hasta el suelo (agacharse)

Y entonces… das un paso adelante (paso dramático adelante) Y otro (paso dramático adelante)

Dejando atrás las cargas

La combinación de movimiento físico y palabras habladas o cantadas es una doble activación. Verlo hacerse es una tercera activación. Al dar un paso adelante, descontaminas tu pasado y lo dejas físicamente atrás antes de comenzar a hacer tapping.

Breviario de casos y variantes

A.- Proyecto EFT en veteranos

Para probar la teoría de que el tapping podía "con el trabajo", Craig y Church, a principios de la década de 2010, reunieron a cinco veteranos de Vietnam e Irak con traumas severos y pasaron cinco días usando EFT para aliviar sus TEPT.

Ese grupo inicial de cinco ha aumentado hasta tener más de 22 000 veteranos ayudados (dato de agosto de 2023). Depresión, ansiedad, insomnio, pesadillas, alcoholismo, drogadicción, conductas violentas, tendencias suicidas, paranoia, son tan sólo una pequeña muestra de los síntomas del TEPT que suelen sufrir los veteranos. Y aunque los números son impresionantes —disminución de 25% en cortisol después de sólo una hora de tapping; 63% menos síntomas en TEPT estándar (después de seis sesiones); 50% menos ansiedad y depresión después de usar EFT—, las historias personales de estos veteranos angustiados son muy convincentes. StressProject.org

Referencias

Gunilla, Hamne y Sandström, Ulf (2021). "Trauma Tapping Technique. A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery". 2ª edition revised. Ed. Peaceful heart publishing. Recuperado de: https://peacefulheart.se/wp-content/uploads/2021/02/Trauma-Tapping-Technique-Review-Copy-2021-.pdf

Stapleton P, Sandstrom U, Hamne G. Evaluating a 3-Week Model for Reducing Symptoms of Stress in Traumatised Youth Using the Trauma Tapping Technique (TTT) for Self-help: A Pilot Trial. OBM Integrative and Complementary Medicine 2018;3(4):036; doi:10.21926/obm.icm.1804036.

42.- WHEE: HÍBRIDO HOLÍSTICO

El psiquiatra estadounidense Daniel Benor, uno de los pioneros de la terapia mente-cuerpo y certificado en EMDR, desarrolló una forma híbrida de terapia (2001) basándose en los mismos principios que subyacen en EFT y EMDR. Él llama a su técnica **WHEE** —Híbrido Holístico derivado de EMDR y EFT—, afirmando que es más rápida que esas dos técnicas (Benor, 2006, citado en Church, 2017).

Años después (2013), empezó a llamar **TWR** (Transformative Wholistic Reintegration) a su técnica.

Se comienza una intervención WHEE pensando en el problema o mientras se encuentra en medio de una situación estresante. Luego se evalúa a sí mismo en una escala de cero a diez, siendo cero completamente tranquilo y diez siendo "estresado".

También, puedes concentrarte en el lugar de tu cuerpo donde la sensación es más intensa.

Comienza con una afirmación similar a la que se podría usar para EFT, como, por ejemplo:

“Aunque me siento _____ (p. ej., “terrible cuando pienso en Bárbara golpeándome”), me amo total y completamente, y Dios me ama completamente sin condiciones.” Luego, alternas golpecitos (tapping) en los dos lados de tu cuerpo, de alguna manera. Puedes tocar el interior de tus cejas donde se unen con el puente de tu nariz o los bordes de tus ojos. Si siente resistencia al hacer el ejercicio, frote justo debajo del punto central de la clavícula para liberarlo (punto energético R27).

También puede **apretar los dedos de los pies**. Primero aprieta el dedo gordo del pie izquierdo contra el suelo, luego el dedo gordo del pie derecho y así sucesivamente de manera alternada.

Luego, anclas una afirmación positiva, mientras continúas con el tapping alternativo. Piense en un beneficio de la situación, como:

Estoy a salvo ahora.
He conectado con algunas personas maravillosas.
He aprendido a pedir ayuda.
He aprendido límites.

Luego, se evalúa nuevamente en una escala de cero a diez y repite el procedimiento alternativo de tapping si no se siente considerablemente mejor. La rutina toma alrededor de diez segundos.

Sin embargo, más allá de su velocidad, WHEE tiene la ventaja de no parecer obvio. Cuando estás en la sala del tribunal en medio de un juicio de divorcio, cuando estás en una reunión con el jefe, cuando estás en una cita caliente, cuando te estás preparando para una aparición en televisión, cuando estás en medio de una pelea con tu cónyuge, o cuando estás en el campo de deportes jugando frente a miles de espectadores, no puedes pedir un tiempo muerto y comenzar a dar golpecitos en las sienes y poner los ojos en blanco sin peligro de que te detengan. Ahí, aprieta alternadamente los dedos de los pies sin parecer otra cosa que la persona impaciente que probablemente eres.

Una población con la que Daniel Benor ha tenido un gran éxito es la de los jóvenes que se encuentran recluidos en centros de detención juvenil. Ha desarrollado formas en las que pueden reducir su temperamento y su activación con WHEE sin que nadie a su alrededor se dé cuenta. Además de recomendar apretar los dedos de los pies, ha experimentado golpeando lados alternos de los dientes o muelas con la lengua y otros puntos alternos sutiles. También usa el Abrazo Mariposa.

El tapping funciona tanto con bebés como con niños mayores, según médicos experimentados. En uno de sus artículos, Benor cita a Roberta Temes, PhD, quien informa: "*He visto bebés que dejan de llorar en medio del sollozo cuando comienza el tapping. En un experimento informal en una guardería en Nueva Jersey, observé a un grupo de niñeras que ponían a bebés que lloraban en su regazo y les hablaban con dulzura, mientras que otras niñeras levantaban a sus bebés, los calmaban con palabras y también hacían tapping... Este último grupo todos dejaron de llorar*".

Benor afirma que hay otros métodos que funcionan como complementos al WHEE/TWR:

1.- Una respiración profunda (según el enfoque Toque y Respiración de John Diepold) después de la afirmación facilita la liberación emocional del tapping. Asimismo, el colocar una mano en el centro del corazón mientras da los golpecitos (tapping) o toca los puntos de la ceja con la otra mano, incrementa sus efectos.
2.- Los reversos y bloqueos se tratan de manera efectiva **masajeando el punto dolorido**/de liberación (ZD) debajo del punto medio del hueso de la clavícula.
3.- Con clientes adultos, el **Método Sedona** es un enfoque incluso más rápido. Implica simplemente preguntar a los clientes si están preparados para soltar sus problemas y entonces se les invita a hacerlo (con una serie estructurada de preguntas que está registrada por los instructores de Sedona).
4.- Conectarse a tierra —**Grounding**—regularmente al despertarse por la mañana y nuevamente antes de cualquier actividad que sea importante para usted. *Antes de empezar a usar WHEE* respira profundamente varias veces, imaginando que estás liberando tensiones e inhalando energías curativas. Siéntate en silencio y siente que tienes raíces de energía que se adentran profundamente en la tierra., a través del cual puedes atraer energías calmantes y curativas. Al mismo tiempo, puedes liberar cualquier energía negativa a través de estas raíces, profundamente en la tierra. La tierra es un excelente compostador, capaz de transmutar las energías negativas en abono energético. También puede sincronizar esta imagen con su respiración.

Tener conciencia de la respiración puede ser una manera rápida de ponerte a tierra. Tome tres respiraciones lentas y

profundas, siendo consciente del aire y las energías que le trae medida que ingresa a sus pulmones.
Si tiene más tiempo para conectarse a tierra, esto puede convertirse en una meditación. Simplemente observa cómo entra y sale tu respiración, reconociendo tu inhalación en silencio con la palabra 'adentro' y la exhalación con la palabra 'afuera'. Si surge algún pensamiento, sentimiento o estimulación sensorial que lo distrae, regrese suavemente su enfoque a su respiración, y tenga en cuenta que puede prestarle toda su atención a la distracción después de que haya terminado de meditar.
También, como parte de la conexión a tierra ayuda el caminar descalzo en la tierra, arena, agua, césped, suelo.
5.- Los **ejercicios de respiración**, el yoga, el t'ai chi, el qigong, el jogging, las **meditaciones** con imágenes de vinculación con Gaia son algunas de las muchas formas de conectarte a tierra.
6.- Una **afirmación para la seguridad** es una protección mientras trabajas en tus problemas. Querrá desarrollar sus propias frases que se sientan y funcionen mejor para usted, pero aquí hay varias afirmaciones genéricas para empezar, que he encontrado útiles para mí y para otras personas a las que he ayudado.
“Solo acepto lo que es para mi mayor bien”. “Yo pido [a Dios; mi yo superior; Cristo; mis ángeles guardianes] para protegerme mientras hago este trabajo”. “Que Dios, quien me hizo, me haga bien, como estoy destinado a ser”.
7.- Establecer su intención puede fortalecer los efectos de WHEE. Una vez que se sienta cómodo haciendo estos ejercicios de equilibrio cerebral, también puede usarlos para establecer su intención de tener éxito con WHEE. Expóngase una afirmación a sí mismo, antes de iniciar estos movimientos. Por ejemplo, podrías decir: "Yo: ser claro y estar enfocado al trabajar en mis problemas; conectar siempre desde mi corazón con aquellos en mi vida”.
8.- También, Benor informa que ha tenido excelentes resultados con el **uso a distancia de WHEE**. En tratamientos a distancia, la persona que recibe el tratamiento centra su atención en otra persona que es la que debe recibir el tratamiento. Los terapeutas pueden hacer esto en ellos mismos para sus clientes. (Aunque esto puede parecer inverosímil, tiene una excelente base de investigación como método de curación a distancia (Benor 2001).

9.- Pregúntele a sus síntomas (dolor, ansiedad, miedos, etc.) si están listos para ser liberados. Si obtiene un 'sí', entonces, antes de comenzar a trabajar para liberarlos, pregunte a sus síntomas por qué han estado allí, cómo se desarrollaron durante el tiempo que estuvieron allí y qué quieren decirle. Anota todas las respuestas que obtengas.

Ejemplo dado por Benor:

'Greta' sufría de terribles dolores de estómago, los cuales habían estado presentes la mayor parte de su vida. Numerosas visitas a muchos médicos y terapeutas complementarios y numerosos medicamentos y remedios habían producido solo un alivio mínimo y transitorio. La pregunta a sus dolores de estómago, "¿Qué me quieres decir?" nunca se había preguntado. Greta se quedó atónita al ver aparecer en su mente una respuesta clara y distinta: que se estaba tragando la ira y que lo había estado haciendo desde la infancia. Su estómago hablaba por su yo interior, queriendo que encontrara una mejor manera de manejar su ira.

Este diálogo interior fue el comienzo de su autocuración de sus dolores de estómago. Greta usó WHEE en sus enojos, tanto pasados como actuales, para lidiar con ellos de una manera más saludable. Sus dolores de estómago desaparecieron en unas pocas semanas.

Si recibe un 'no' de su ***síntoma*** acerca de si está listo para liberarse, también es útil preguntarle: "¿Por qué estás aquí?" y “¿De qué manera me estás ayudando?” y “¿Qué haría falta para que te vayas?”.

Si sus síntomas no confían en que es seguro, puede pedirles que expliquen por qué sienten que todavía los necesita.

Si no puede convencerlos de que se vayan, aún puede preguntar: "¿Puedo dejar ir algunas partes de estos síntomas?

Otro ejemplo dado por Benor: Asha sugirió que alternar el tapping en los puntos de las cejas de EFT mientras se recita una afirmación funciona tan bien como toda la serie de puntos de EFT. Si tiene tensión, opresión, dolor u otra sensación en su cuerpo, observe su nivel en la escala SUDS (*escala de unidades*

subjetivas de perturbación) **y luego pregúntele a su cuerpo: "¿A qué quieres que preste atención en mi vida en este momento?"** Escribe lo que tu cuerpo te ha dicho. Esto podría tener que ver con la dieta, el ejercicio, la postura, el descanso u otras cuestiones que su yo interior quiera sugerir que pueden serle útiles. Escriba lo que aprende que su cuerpo quiere. Vea cómo este testigo interior le ayuda en su trabajo de detective.

Verifique su calificación SUDS después de hacer esto. Si ha bajado, sabes que definitivamente estás escuchando bien a tu cuerpo y estás en el camino correcto para lidiar con tus necesidades internas.

Luego, **pregúntale a tu cuerpo qué quiere que hagas con respecto a cada uno de estos temas.** Luego prométale a su cuerpo lo que hará para satisfacer sus necesidades.

Vuelva a comprobar su calificación SUDS. Si el número ha bajado, entonces sabes que te estás moviendo hacia una mayor armonía con tu ser interior. Si no baja, vea qué puede cambiar de su promesa para que baje. Es posible que tenga que convencer a su yo interior de que está seriamente comprometido a hacer cambios antes de que ceda y no le "grite" a través de los síntomas de su cuerpo.

Instalación de afirmaciones de reemplazo positivas después de liberar problemas negativos. Para ello, comience con una declaración que, de alguna manera, sea opuesta a la frase negativa que trabajó primeramente. Tu evalúas la Escala de Unidades Subjetivas de Éxito (SUSS) para lo positivo (0 = apenas siento/creo esto en absoluto; a 10 = esto es lo más fuerte que puede ser). Luego recita la afirmación positiva. (En el protocolo WHEE completo, harías esto mientras haces tapping de la manera que mejor te parezca). Si existiera algún bloqueo hay que masajear la zona dolorida situada entre el corazón y la clavícula izquierda (ZD).

Tenga en cuenta que se usan frases propositivas en las declaraciones positivas, es decir, no se usa lenguaje tipo “yo no…yo nunca…”.

Esquema del proceso WHEE

Tenga en cuenta que estas son sugerencias generales, que serán modificadas según sus necesidades y preferencias.

1. **WHEE-Afirmación**

Aunque me siento _____

+ **Contrarrestar la afirmación**: Todavía me amo y me acepto, total y completamente

+ **Poder Superior**: Y Dios (Espíritu/la Fuente Infinita/Mi Ser Superior/INSERTAR LO QUE SIENTE CORRECTO PARA USTED) me ama y me acepta, total, completa e incondicionalmente

2. **WHEE-Afirmación de reemplazo**

Cuando pienso en _____

Afirmación de reemplazo: Declaración positiva _____ que contrarresta la negativa, ***después de haber sido liberada la negativa***. por ejemplo, después de liberar el miedo a [alturas/ratones/ arañas/su problema], la afirmación de reemplazo podría ser: ***Me siento cómodo*** [mirando hacia abajo desde cualquier altura/ mirando, estando cerca de ratones/arañas/su problema].

+ Y me amo y me acepto, total y completamente

+ Y Dios [o etc.] me ama y me acepta, total, completa e incondicionalmente.

3. **WHEE-Preguntas al síntoma**

¿Estoy listo para liberar algo de esta angustia AHORA?

¿Hay alguna parte de mí que quiera aferrarse a algo de este problema, o a algunas de las formas en que trato este problema?

¿Hay problemas relacionados que me impiden lanzar?

Nuevamente, es posible que deba modificar la pregunta para obtener una respuesta útil.

Mientras alterna el golpeteo en los lados derecho e izquierdo de su cuerpo, en cualquier parte de tu cuerpo (***no necesitas conocer ningún punto de acupresión***) de ninguna manera que sea cómodo para ti:

· en tu frente

· con los brazos cruzados

· en el bíceps opuesto

· en tu regazo (parte superior de las piernas)

· con los pies en el suelo

Esto se puede hacer también moviendo los ojos rítmicamente, repetidamente, una y otra vez de derecha a izquierda y viceversa; alternativamente pulsando el lado interno de las cejas derecha e izquierda, en el punto más cercano a la nariz, o golpeando suavemente, alternadamente el bíceps de cada brazo (un "abrazo de la mariposa ') derecho e izquierdo.

En un caso relatado por Benor, un consultante no era capaz de contar números, así que le pidió que le mostrara su nivel de sentimiento perturbador en una **Escala Visual Analógica** ("**VAS**", equivalente a la escala SUD) ***en la que el hueco entre sus manos representaba la intensidad de su sentimiento negativo*** cuando recordaba estar en el sótano oscuro. Abrió mucho los brazos y dijo, "*no alcanzo a mostrarle cómo de grande es el sentimiento negativo*". A los pocos minutos de usar el abrazo mariposa, sus manos se tocaban al representar su nivel de sentimiento negativo con la escala VAS, o sea, había reducido los sentimientos negativos a cero.

Cuando WHEE/TWR no funciona, los problemas más frecuentes son:

1. El cliente no ha acertado con el problema en la afirmación.

2. Dicen que el recuerdo no se ha desvanecido. Esto es

una expectativa incorrecta, ya que es el sentimiento negativo acerca del recuerdo lo que se borra, no el recuerdo del hecho.

3. Se han olvidado de masajear el punto dolorido de liberación (ZD) cuando hay un bloqueo en el proceso.

4. Si lo anteriormente mencionado no se aplica, los pocos clientes restantes generalmente responden a la rutina completa de EFT.

Benor defiende el WHEE/TWR afirmando dos conclusiones:

A. Es fácil de aprender, fácil y rápido de usar, y muy potente y eficaz.

B. WHEE/TWR aprovecha la base de datos de investigación de EMDR y, por lo tanto, es más fácilmente aceptado por las juntas de investigación del hospital y los investigadores y clínicos médicos y de enfermería convencionales. La eficacia de EMDR está ganando aceptación como equivalente a la Terapia Cognitiva Conductual para el tratamiento del PTSD por un número creciente de autoridades.

Finalmente, quien quiera profundizar en WHEE/TWR, en las referencias se indican dos libros completos, incluyendo una versión gratuita del libro sobre TWR que el propio Benor comparte en su página web.

Variantes y alternativas

1. MÉTODO SEDONA

El Sedona Method (Método Sedona) fue creado por Lester Levenson y lo desarrolla y difunde actualmente Hale Dwoskin.

Su creador, Lester Levenson, después de un diagnóstico médico de una enfermedad terminal, decidió hacerse cargo de su situación, procuró soluciones en su interior y encontró la herramienta definitiva para la superación y el crecimiento personal: una forma de liberarse de todas las limitaciones

interiores. Estaba tan entusiasmado que la aplicó disciplinadamente 3 meses consigo mismo, curó la enfermedad y entró en un profundo estado de paz que nunca le abandonó en sus restantes 42 años de vida.

Características del método:

Para aplicarlo hay que dotarse de una buena dosis de apertura y dedicación; pero avanzando paso a paso los resultados no dejan de sorprender. A través de la práctica del desapego y la realización de los sencillos ejercicios se encuentra la clave para lograr contactarse con el éxito, la paz, la felicidad, el amor y el bienestar emocional, que en estos tiempos tanto se necesita.

El método Sedona se propone que el practicante experimente cambios drásticos en su autoestima y confianza en sí mismo, para ser exitoso en todos los ámbitos de su vida. Y a su vez, busca la obtención de una sensación profunda de paz.

El método Sedona apunta también a la culminación de los vicios, tales como fumar, beber, comer en exceso y demás comportamientos autodestructivos y peligrosos.

-Técnica: El método Sedona se realiza por medio de un cuestionario compuesto de 5 pasos.

*Primer paso: ***Debemos identificar el sentimiento y expresar cómo queremos vernos después del ejercicio***.

*Segundo paso: ***Nos hacemos la pregunta respecto a si aceptamos o no el sentimiento***. Sin importar si la respuesta es sí o no.

*Tercer paso: ***Nos preguntamos si somos capaces de soltar ese sentimiento***. Nuevamente, no importa si la respuesta es positiva o negativa.

*Cuarto paso: ***Pregúntate si efectivamente podrías soltar ese sentimiento. Si la respuesta es negativa, entonces debes preguntarte si prefieres tener ese sentimiento o ser libre***. No importa si la respuesta es sí o no.

*Quinto paso: ***Pregúntate en qué momento soltarías ese sentimiento.***

Puedes hacer este pequeño cuestionario tantas veces sea necesario.

Como habrá podido ver, el método Sedona le otorga una gran importancia al poder que tienen los sentimientos.

2. Mis experiencias

Considero que la máxima aportación del Dr, Benor es su creatividad y pluralidad al hibridar de una manera precisa y potente elementos de EFT y EMDR, además de elementos de otros métodos importantes que se mencionan en este capítulo.

Algo aproximado realizo en algunas ocasiones cuando facilito mis sesiones.

Referencias

Artículos del Dr. Daniel Benor sobre WHEE/TWR. Recuperado de:

https://www.danielbenor.com/twr-articles

Benor, Daniel (2006, February 15). Teleclass with autor Dawson Church (2017).

Benor, Daniel J. (2010). "**WHEE** Book. Deepening Afirmations". Estados Unidos: Wholistic Healing Publications

Benor, Daniel J. MD (2013). Seven Minutes to Natural Pain Release Pain is a Choice and Suffering Is Optional— Transformative Wholistic Reintegration (**TWR**) for Tapping Your Pain Away. 2ª edition. Recuperado de:

https://irp.cdn-website.com/55bfbf0b/files/uploaded/TWR-eBook-Final.pdf

Church, Dawson (2017). "The EFT Manual". Fourth edition. USA: Energy Psychology Press www.EFTUniverse.com

Investigaciones sobre WHEE/TWR. Recuperado de: https://www.danielbenor.com/twr-whee-research

Método Sedona, El trabajo de Byron Katie y EFT. Recuperado de: https://aheft.com/blog/metodo-sedona-el-trabajo-de-byron-katie-y-eft/

43.- EL MANEJO ENERGÉTICO DE EMOCIONES

"*Céntrate en trabajar la tristeza, no en la culpa o rabia*"

Dr. Allan Botkin

Las emociones son energía en movimiento, son rápidas, durando segundos o muy pocos minutos. El estado de ánimo es el resultado de varios días.

Las emociones son reacciones básicamente de supervivencia ante estímulos interiores o exteriores. Manifestándose en forma de sensaciones corporales, pensamientos e impulsos de acción. También, pueden desencadenar respuestas hormonales, químicas, fisiológicas, amorosas, empáticas, antipáticas, conscientes e inconscientes.

Las emociones, los sentimientos, los pensamientos y las creencias, afectan el comportamiento de las células del cuerpo y de algunos genes (Church, 2009, Lipton, 2005).

La descarga de emociones no tiene por qué ser un simple desfogue como lo haría un camión de basura en el campo de un basurero. Se trata de que esa energía emocional se libere de manera que se procese también lo que está amalgamado: trauma o malestar psicológico y disfuncionalidad en el sistema nervioso, por ejemplo.

Mientras que en terapias como la Gestalt se descargan las emociones en objetos neutros como cojines o almohadas, otros recomendarán desahogarse golpeando sacos de boxeo o destruir sandías; mientras que en EMDR habrá una fase donde pudieran proceder a estimular bilateralmente las rodillas o la

zona pectoral. En la Psicología Energética se tiene EFT que, precisamente, son Técnicas de Liberación Emocional, aunque su explicación de la causa de malestar emocional es diferente a los otros enfoques. EFT señala que la causa es por una disfunción en el sistema energético del cuerpo humano. Entendiendo por sistema energético a la serie de puntos energéticos y meridianos como trayectos de dichos puntos, lo cual todavía genera controversia teórica en las investigaciones, a pesar de los resultados favorables en EFT.

Tratar la ira

1.- EFT con su Receta Básica

La Receta Básica es la que se mencionó en el capítulo "Del EFT Clásico al EFT Clínico".

2.- Tapping alternado en la cavidad que está bajo los pómulos.

Inspirado en el bostezo energético mostrado por los Dennison en *Brain Gym*, he practicado y facilitado esta variante de ese ejercicio:

A.- Inhalar durante 4 segundos.

B.- Retener la respiración, mientras se realizan de manera simultánea las siguientes acciones:

*Entreabrir la boca.

*Hacer tapping alternado con las 5 yemas de cada mano, de manera en la cavidad que está bajo los pómulos**,** a los lados de la boca, zona donde pasan los puntos energéticos 18ID, 3E y 18.5IG.

*El tapping será hecho con las 5 yemas juntas en la zona correspondiente, es decir, los dedos de la mano derecha lo harán en la zona derecha del rostro, y los de la izquierda en este lado izquierdo.

*Se hará un conteo mental del 1 al 15 o hasta que sienta la necesidad de exhalar o de bostezar.

C.- Una vez habiendo exhalado o bostezado, esperar unos segundos para volver a iniciar el ciclo. Siendo la meta lograr 10 bostezos.

3.- Yemas bajo las orejas, donde se siente una protuberancia de la mandíbula.

A.- Colocar las 5 yemas de cada mano bajo la respectiva oreja (la mano izquierda en la oreja izquierda), en la zona donde se siente la protuberancia de la mandíbula cuando se aprietan los dientes.

B.- **Inhalar** durante 4 segundos.

C.- Mientras se **retiene** el aire hay que hacer lo siguiente, de manera simultánea:

*Un conteo mental de 20 segundos.

*Abrir la boca simulando gritar la vocal “a”.

*Hacer tapping (golpecitos) alternado con las 5 yemas con cada mano bajo la respectiva oreja, en la zona donde se siente la protuberancia de la mandíbula cuando se aprietan los dientes.

D.- Entonces, **exhalar** a los 20 segundos de retención, o antes si se siente la necesidad de bostezar.

Esperar unos segundos y volver a comenzar los mismos pasos ya señalados, para hacerlo con las vocales restantes: e, i, o y u.

4- Método de borrado de afecto negativo (NAEM)

Esta técnica se conoce como tratamiento de energía de línea media (MET) en Toma de energía (Gallo y Vincenzi, 2000), se utilizan 4 puntos energéticos del eje central corporal. Los cuatro puntos de tratamiento son los siguientes:

Punto del tercer ojo, situado en medio de la frente, unos

centímetros arriba del entrecejo. Este es el punto VG24.5 en el *Vaso Gobernador*.

Punto debajo de la nariz. Este punto también se encuentra en *Vaso Gobernador* VG26.

Punto debajo del labio inferior. Este punto está en el *Vaso Concepción* VC24.

Punto centro pectoral. Este punto también está en el *Vaso Concepción* en las cercanías de VC-20, que también está sobre la glándula del timo.

Gallo y Vincenzi eligieron estos puntos después de descubrir que eran muy efectivos en el tratamiento de muchos problemas psicológicos. La elección del punto del timo se basó en mi exploración de la kinesiología conductual, señalando que John Diamond consideraba que esta glándula era importante en los meridianos de acupuntura. Más, los puntos de tratamiento en el Vaso Gobernador (debajo de la nariz) y el Vaso Central (debajo del labio inferior) fueron elegidos por su uso por Roger Callahan, así como por su aplicación en kinesiología aplicada para tratar la desorganización neurológica. Descubrí que tratar estos puntos parecía tratar el sistema de meridianos como un todo.

Gallo (2022) modificó esta técnica, renombrándola Técnica de Línea Media (MLT) y agregándole dos nuevos puntos a estimular:

Punto de la parte posterior de la cabeza (17VG)

Punto de la parte superior de la cabeza (20VG)

El protocolo esencial del método de borrado de afecto negativo es el siguiente:

1. El consultante se enfoca en el problema por el cual desea el tratamiento, como un trauma, fobia, sentimientos de depresión, dolor u otra sensación física, etc.
2. El consultante elabora una frase a trabajar sobre su problema a trabajar.

3. El consultante hace tapping en los 6 puntos energéticos ya señalados, mientras dice su frase a trabajar.
4. Consideraciones:

En algunos casos, la eficacia se puede mejorar aún más haciendo que el paciente coloque la palma de una de las manos en la región occipital en la parte posterior de la cabeza, similar a lo que se hace en la sujeción frontal/occipital.

Cuando la angustia está dentro del rango de 0 a 2 (en una escala subjetiva de 0 a 10), se puede usar el método *ojo en blanco del piso al techo* para reducir aún más la angustia o para solidificar los resultados.

A menudo es beneficioso después de que la angustia se haya reducido a "0", hacer que el sujeto piense (p. ej., visualice si es posible) varios contextos en los que ocurre el problema y repita el procedimiento, aliviando nuevamente la angustia si está presente. Sin embargo, incluso si no hay una elevación de la angustia al pensar en un contexto específico, se debe proporcionar otro ensayo, ya que el afecto puede estar reprimido en el momento del tratamiento.

Si se ha neutralizado una fobia a los perros con el método, se puede usar el tapping en los mismos puntos para instalar la visión y la creencia de sentirse cómodo e incluso disfrutar de la interacción con los perros.

En algunos casos, es beneficioso que el método de *borrado de afecto negativo* se realice en vivo después de que se haya proporcionado en el entorno clínico. Esto puede ser un aspecto del tratamiento que es conducido por el cliente entre sesiones. Muchos clientes encuentran que este aspecto del autotratamiento es bastante enriquecedor.

Otra variación útil es visualizar la emoción y el comportamiento no deseados desintegrándose mientras exhala y golpeando los puntos en dirección descendente (tercer ojo al punto del timo) y visualizar la emoción y el comportamiento deseados materializándose mientras inhala y golpeando los puntos en dirección ascendente.

La fase de materialización parece mejorar al producir una leve **sonrisa** al inhalar y hacer tapping. La sonrisa ocurre automáticamente con muchos clientes, aunque recomendar la sonrisa probablemente mejora los efectos que probablemente incluyen una respuesta placentera y calmante del sistema nervioso parasimpático y la coherencia del corazón y el cerebro, además de que se recomienda esto en el Taoísmo.

5.- Seguir el camino de la ira

"¿Dónde sientes la IRA en tu cuerpo? Muéstrame con tus manos.

Donde lo sentimos es donde se encuentra el bloqueo; este es el bloqueo que debe eliminarse.

El bloqueo también se encuentra en un canal específico y es importante rastrear ese canal para que podamos saber por qué camino viaja la energía para salir del cuerpo. Este es el camino que necesitamos para que fluya despejado, de modo que cuando sucedan cosas en el entorno, el canal esté abierto y la energía pueda atravesar y salir rápidamente, sin causar ninguno de los síntomas normalmente asociados con las rabietas de ira.

Aquí hay un ejemplo. Durante las discusiones con su esposa, Luca solía enfadarse mucho y, finalmente, "se volaba" y atacaba físicamente a su esposa. Cuando se le pidió que mostrara con las manos dónde podía sentir cómo se acumulaba la ira, puso la mano en un lugar justo encima del estómago. Cuando se le pidió que hiciera tapping en el bloqueo en el estómago, con la frase de "*Este bloqueo en mi estómago*" y la frase recordatoria "*Este bloqueo*", expresó temor de que, si eliminaba el bloqueo, se enojaría todo el tiempo. Sintió que el bloqueo retenía la ira de todos los días. El practicante de EFT señaló que tenía mucha ira en el estómago, mucha energía acumulada en el estómago en realidad, y que esto claramente necesitaba fluir todo el tiempo.

Con la configuración enfocada en el bloqueo, se hizo tapping en una primera ronda de EFT. Luego, Luca dijo que el bloqueo se había movido hasta su garganta y comentó que a

menudo sentía que las palabras se le atascaban en la garganta y no podía hablar bien verbalmente. En la siguiente ronda se hizo tapping para el bloqueo en la garganta y al final de eso, la sensación del bloqueo se había trasladado a su cabeza.

¡Claramente había un canal aquí que corría directamente desde el estómago hasta la garganta y hasta la cabeza, con el último bloqueo justo en la parte superior de su cabeza, donde eventualmente "explotaría su parte superior"!

La siguiente ronda para el bloqueo en la parte superior de la cabeza, nuevamente con la frase recordatoria de "Este bloqueo", trajo el avance y el Evento de curación: Luca, que había estado muy tenso y serio, saltó de su silla, se rio y dijo: "*Oh, eso se siente tan bien, estoy todo eléctrico, ¡es una sensación increíble*!"

El practicante de EFT y Luca luego practicaron cómo mantener el canal abierto cuando el practicante de EFT pronunció insultos particulares que en el pasado habían hecho que Luca "se volviera loco" y resultaron en la misma sensación eléctrica y buena.

Entonces sucedió algo más en la sesión que es muy relevante para el tratamiento de las personas que tienen problemas de ira. Luca se sintió muy culpable por cosas que había hecho en explosiones de ira en el pasado y quería más sesiones de EFT para lidiar con eso. También hubo problemas de autoconcepto expresados en ideas tales como: “Debo ser una persona muy mala para estar haciendo estas cosas malas”, “No tengo control sobre mí mismo y eso me aterroriza” y “No tengo control sobre mí mismo.” Estos, aunque perfectamente comprensibles, ahora también son solo bloqueos de energía y también deben eliminarse para que Luca pueda tener una experiencia diferente con sus emociones en el futuro, al igual que aquellos que lo aman y los espectadores inocentes.

6.- EFT proxy (a distancia) para la ira

Explicarle a una persona cómo funciona que estas energías de ira se elevan, luego se bloquean y finalmente explotan y enseñarle EFT básico para la autoayuda en el

momento es algo que sin duda debe hacerse, incluso si la persona tiene solo tres años o más cuatro años de edad.

Si esto causa dificultades, también podemos usar el Protocolo Proxy de EFT para hacer tapping en nombre de una persona.

Simplemente podemos tocar en "*La ira de Luca*", lo que traerá algo de movimiento al sistema. Una versión más avanzada es preguntar: "*¿Dónde siento la ira de Luca en mi cuerpo?*" y luego toque por proxy (a distancia) hasta que la energía pueda subir, atravesar y salir rápidamente, creando esa sensación eléctrica y emocionante a medida que avanza.

7.- Liberar la muñeca de frustraciones, ira y enojos.

Se presiona suavemente la cara interna de la muñeca de la mano izquierda (abarcarla con la palma derecha). Con la imaginación, visualizar que se acumula en la mano izquierda empuñada varias experiencias de ira, frustración y enojos. Finalmente, abrir la mano izquierda para soltar eso.

Después, la mano izquierda envuelve la cara interna de la muñeca derecha, para entonces ya tener ambas muñecas envueltas al mismo tiempo. Entonces, entrelazar las dos manos y crear una nueva frase con estas encima del corazón.

Nota: Primeramente, la palma derecha estará recibiendo energía del corazón durante el tiempo que el consultante sienta necesario. Luego, esa palma derecha ya podrá ser colocada suavemente envolviendo la cara interna de la muñeca izquierda.

Manejo de la energía de la ira para todos

Se puede decir que la ira es mal manejada enérgicamente por todos, no solo por esas pocas personas y niños que tan dramáticamente "se descontrolan".

Debido a que la ira se considera una emoción tan mala e inaceptable, la gente en todas partes trata de no sentir ira y empuja su ira hacia abajo.

A las personas también les gusta creer que no se enojan cuando, de hecho, lo hacen.

Un buen punto de partida para cambiar la relación de uno con el movimiento de energía de la ira es hacer una ronda de EFT para decir: “¡Está bien estar enojado!”.

Lo que llamamos ira es una forma de energía, un tipo particular de energía que puede ser muy poderosa y positiva si no se atasca en ninguna parte. Un rápido destello de ira energiza todo el sistema y lo prepara para algún tipo de acción; esto puede ser no solo útil, sino incluso salvavidas en muchas circunstancias diferentes. Se podría decir que las personas que habitualmente se sienten impotentes, débiles, desesperanzadas e indefensas se están perdiendo exactamente ese tipo de movimiento de energía que los encendería, los inspiraría y potencialmente incluso los iluminaría. Por eso es pertinente que liberen esa ira, aunque de manera segura y sin causar daños a otros.

Choque de PK

Una manera efectiva de liberar la ira es chocar las manos en donde se encuentran los puntos Karate (PK), es decir, los acupuntos 3TC al lado de las manos, bajo los dedos meñiques, tal como se ve en la imagen.

Algoritmos TFT para las emociones (Sakai, 2014)

En el TFT de Callahan los algoritmos son las secuencias

que se hacen en el orden específico que las descubrió este pionero.

Enfado: Dedo meñique (1ID), debajo de la clavícula (27R).

Rabia: Al lado del ojo (2V), debajo de la clavícula (27R).

Basado en diversos enfoques (TFT, EFT, entre otros) he aquí las siguientes sugerencias:

Amor, confianza y compasión

Los acupuntos sugeridos para estos temas son los siguientes:

Timo (20VC); Dedos medio (9PC) y anular (1TC); Punto Karate (3ID).

Zonas sugeridas: Corazón; muñeca interna de la mano izquierda; centro de la palma de una mano. Zonas de Ruden (lado externo de brazos; rostro, frente).

Alegría

Meñique (1ID) y Tercer ojo (VG24.5).

Culpa, miedo, vergüenza

Dedo índice (1IG), Punto Karate (3ID), entrecejo (1VB), bajo la nariz (26VG), bajo la boca (24VC), bajo la clavícula (27R), zona dolorida (25R).

Ansiedad, preocupación, estrés

Dedo pulgar (11P), bajo el ojo (1E), bajo la clavícula (27R), Punto Gama (3TC), Punto Karate (3ID), "pozos" occipitales (20VB), sienes, músculos occipitales (17VG)

Tristeza, depresión, baja autoestima

Punto Karate (3ID), bajo la nariz (26VG), bajo la boca

(24VC), bajo la clavícula (27R), zona dolorida (25R), Punto Gama (3TC). Timo (20VC).

Por ejemplo: “Me acepto con estas sensaciones de depresión en la cara, la garganta, el pecho y el estómago”.

Dolores físicos y emocionales

Protuberancia bajo la nuca en séptima cervical (acupunto 14VG). “Escuadra” en la mano (4IG), Atrás de la rodilla (54B). Punto Karate (3ID).

Breviario de casos y variantes

A.- Los otros abrazos

El abrazo del bazo

Contribuye a calmar el meridiano Triple Calentador y, por lo tanto, a equilibrar los sistemas nerviosos (Eden y Feinstein, 2011).

1. Coloque su mano derecha alrededor del costado izquierdo de su cuerpo, con sus dedos debajo de su axila (a unos 10 cm, en acupunto 21B) y su mano alrededor de su caja torácica (debajo de su seno, en punto reflejo neurolinfático del bazo).

2. Coloque su mano izquierda alrededor de su brazo derecho con su dedo medio presionando la hendidura justo encima de su codo derecho.

3. Quédese quieto o haga un balanceo suave. Permanezca en esta posición durante al menos tres respiraciones profundas o hasta dos minutos.

4. Repita el procedimiento en el costado derecho de su cuerpo, usando su mano izquierda.

El abrazo mariposa o abrazo del amor a sí mismo

Es una técnica que se le ocurrió a una mexicana entrenada con EMDR, Lucina (Lucy) Artigas, durante el trabajo

realizado en Acapulco con los sobrevivientes del huracán Paulina (1997). Ella fue galardonada con el Premio a la Innovación Creativa de la EMDR Internacional Association (2000). Se le puso mariposa porque la estimulación alternada semeja un aleteo.

Consiste en cruzar el brazo izquierdo hacia el pectoral derecho, y cruzar encima el brazo derecho hasta que toque el pectoral izquierdo. Entonces, con los dedos proceder a estimular bilateralmente, o mejor dicho contralateralmente, los pectorales.

Para efectos de movimientos energéticos se sugiere estimular el punto reflejo neurolinfático de la zona dolorida (ubicada 7 cm encima de los pezones, entre la primera y tercera costilla de cada lado, siendo el acupunto 25R).

Otra variante con este tipo de abrazo es estimular alternadamente:

1.- Los puntos bajo la clavícula (27R).

2.-Los puntos 16IG, ubicados al centro del músculo ECM (esternocleidomastoideo). Este músculo se encuentra desde atrás de la oreja hasta el esternón en donde convergen las dos clavículas. El músculo ECM es muy importante para Rosenberg (2017), quien afirma que estimular o masajear este músculo resuelve muchos de los dolores de cabeza (cefaleas y migrañas).

Mientras se realice el abrazo mariposa se sugiere respirar suave y profundamente, mientras que se recuerda lo traumático que pasa por la mente y el cuerpo, sin juzgarlo ni reprimirlo. La duración de este ejercicio es variable, sugiriéndose sea de unos pocos minutos. Se usa en varios contextos, por ejemplo, como ancla para instalar la técnica del "*lugar seguro*".

El autoabrazo

1.- Cerrar los ojos. Visualizar que daremos un abrazo a nosotros mismos. Elegir la edad o el momento particular de ese yo al que le daremos el abrazo.

2.- Cruzar los brazos, hasta que las manos envuelvan

extendidas la espalda.

3.- Permanecer así unos segundos o minutos, hasta sentir que la emoción se ha ido.

Los abrazos imaginarios

En terapia, habrá momentos finales en que deseemos integrar partes interiores —o polares— de una persona. Una de las opciones es visualizar un abrazo entre esas dos partes. Por ejemplo, entre:

Juan del presente con Juan de 8 años de edad.

La parte drogadicta de Juan con el Alma de Juan.

La parte *disociada* de Juan con la parte *asociada* de Juan.

Juan del presente con Juan de hace 2 años que sufrió un trauma emocional.

El abrazo del meridiano corazón

Se cruzan los brazos y con los dedos meñiques se toca el centro de cada axila. ¿Por qué? Porque por el centro de cada axila sale el meridiano del corazón y termina a un lado de la uña de cada dedo meñique de las manos.

El abrazo a un objeto

Uno de los momentos culminantes en algunas terapias que he facilitado ha sido cuando el consultante abraza un objeto. Dicho objeto surge de mi intuición o de la intuición o necesidad del propio consultante. Así, han sido abrazos a:

Un muñequito usado en constelación familiar individual.

Un cristo de porcelana en cruz de madera.

Una fotografía de un ser querido para el consultante.

Una carta y/o un dibujo realizado por el consultante.

Un cojín o almohada que representó a un ser querido para el consultante.

El abrazo grupal a un necesitado

Cuando en alguna sesión grupal detecto que una persona se siente desvalorada, pesimista o amaneció con baja autoestima, suelo pedirle en ese momento a todo el grupo que se le acerquen y le demos un abrazo. Esto no soluciona su pesar, sin embargo, reportan que les ayuda bastante.

El abrazo Havening

En la técnica Havening de Ruden (2011) se ha investigado que tocarse en la parte externa de los brazos y la parte interna de los antebrazos estimula mecanorreceptores que originan estimulaciones eléctricas que benefician el sistema nervioso. Ruden cree que esto pudiera también estar relacionado con un anclaje de abrazos recibidos en la infancia. Por lo que recibir un abrazo o un autoabrazo en esas zonas ayudaría a la persona.

B.- Manejo de otras emociones

Otras secuencias de TFT mencionadas por Sakai (2014) son:

Ataques de pánico: Ceja (1VB), debajo del ojo (1E), debajo del brazo (21B), debajo de la clavícula (27R).

Adicciones, antojos y obsesiones-compulsiones: Debajo del ojo (1E), Punto Karate (3ID), debajo del brazo (21B), debajo de la clavícula (27R).

Trauma: Ceja (1VB), debajo del ojo (1E), debajo del brazo (21B), debajo de la Clavícula (27R).

Estrés: Lado de la mano (3ID), debajo del ojo (1E), debajo del brazo (21B), debajo de la Clavícula (27R).

Rechazo/Dolor: Ceja (1VB), debajo de la clavícula (27R).

Fobia: Debajo del brazo (21B), debajo del ojo (1E), debajo de la clavícula (27R).

Negatividad, inseguridad: Lado de la mano (3ID).

Depresión: Punto Karate (3ID) + Punto Gama (3ID) + 9 Gamas + ZD (25R) + 27R.

Ansiedad: Debajo del ojo (1E), debajo del brazo (21B), debajo de la clavícula (27R).

Dolor: Punto gama (3TC), debajo de la clavícula (27R); Ceja (1VB), debajo de la clavícula (27R).

Baja Autoestima: Lado de la mano (3ID), dedo índice (1IG), ceja (1VB), debajo del ojo (1E), debajo del brazo (21B), debajo de la clavícula (27R), debajo del ojo (1E), debajo clavícula (27R), debajo de la nariz (26VG), debajo del labio (24VC).

Vergüenza: Debajo de la nariz (26VG), debajo de la boca (24VC).

Culpa: Dedo índice (1IG), debajo de la clavícula (27R).

C.- GYM Cerebral energética de los Dennison

Muchos de los *ejercicios de energía* de Brain Gym se usan en acupresión, acupuntura, en Jin Shun Jitsu, Jin Shin Do, Touch for Health y Applied Kinesiology. Dennison (1990) cree que los ejercicios de energía de Brain Gym facilitan el flujo de energía electromagnética a través del cuerpo, afirmando que toda la información sensorial se transforma en señales eléctricas que llegan al cerebro a través de fibras nerviosas.

Los ejercicios de botones y el gancho de Cook son excelentes para contribuir a ***enraizar*** a la persona.

A continuación, se mencionan los ejercicios de energía de Brain Gym y su relación con los acupuntos respectivos:

"***Botones del cerebro***": Acupuntos 27R, bajo las clavículas. Y acupunto 8VC (ombligo).

"***Botones de tierra***": Acupuntos del Vaso Concepción 24VC (debajo de la boca) y 1VC (en el perineo o suelo pélvico). Otra opción al 1VC (por cuestiones de pudor) sería tocarse el ombligo (8VC).

"***Botones de equilibrio***": Acupuntos del meridiano Vesícula Biliar 20VB ("pozos o huecos" occipitales en la base del cráneo). Y acupunto 8VC (ombligo).

"***Botones de espacio***": Acupunto del Vaso Gobernador 26VG (bajo la nariz) y acupunto 1VG en el último hueso de la columna vertebral.

"***Bostezo de energía***": En zonas donde se encuentran los acupuntos del meridiano Intestino Delgado 18ID y 18.5IG, y meridiano Estómago 3E.

"***Sombrero de pensar***": Estimula más de 400 acupuntos en cada oreja.

"***Gancho de Cook***": Para equilibrar todos los meridianos.

"***Puntos positivos***": Son los puntos de reflejos neurovasculares usados por Bennet, Goodheart y Touch for Health, relacionados con el meridiano Vesícula Biliar 14VB y el meridiano del estómago. Estos puntos están ubicados a mitad de camino entre las cejas y la línea del pelo.

La Gimnasia Cerebral (Brain Gym) se puede enriquecer agregándole tapping y una frase a trabajar (como en EFT y EMDR).

En el Taoísmo, se recomienda hacer giros encima del ***Hara*** (3 cm abajo del ombligo) y en el Tercer Ojo (Chakra 6). Primero son 3 giros hacia la izquierda (en sentido contrario a las manecillas del reloj) para dispersar. Luego, 3 giros hacia la derecha (en sentido de las manecillas del reloj) para tonificar.

D.- Accesar a una emoción

En mi experiencia, una postura que muchas veces permite

al consultante accesar a una emoción o una sensación importante es la siguiente:

1.- Bajar el mentón al pecho, mirando hacia abajo a la derecha.

2.- Colocar uno de los codos en la parte trasera de la cabeza.

3.- Cruzar las manos, manteniendo las posturas anteriores.

4.- Esperar hasta que surja una emoción o sensación asociada a un asunto a trabajar terapéuticamente.

E.- La energía de César Millán.

Así como el perro se "alimenta" de la energía de su dueño, los hijos son influenciados por el estado que proyecte su padre o madre.

Por "energía", Millán entiende que es un estado (emotivo o excitatorio/ansioso) proyectado en el lenguaje corporal, la actitud, la expresión verbal y la conducta, tanto del humano como del animal.

En cuanto cambiamos a la emoción del miedo (energía débil) el perro instantáneamente sabe (con su fino olfato) que está en ventaja sobre nosotros. Porque en el reino animal no hay moralidad ni razonamientos, sólo hay reglas, rutinas y rituales: basadas en la supervivencia del más fuerte.

Si no hay congruencia entre la energía (estado), el cuerpo, la actitud y la conducta, entonces habrá problemas y necesidades tanto para el humano como para el animal. O sea, si el humano no está balanceado o equilibrado, el animal/hijo/subordinado/cliente/consultante/pareja no lo estará, emergiendo problemas como agresividad, hiperactividad, indisciplina, etcétera. Cuando existe congruencia entre la energía (estado), el cuerpo, la actitud y la conducta del humano, este proyectará liderazgo y la disciplina que instruya a su animal o persona con la que se relacione será más efectiva.

Y ese liderazgo para relacionarse con animales y personas es recomendable que sea firme y tranquilo, relajado y asertivo, calmado y seguro de sí mismo.

César Millán menciona que la calma y firmeza él la obtiene de recursos que practica como acupuntura, judo, meditación y respiración relajante.

F.- Al trabajar las emociones

Cuando se esté trabajando terapéuticamente con emociones, sentimientos y sensaciones, sugiero se responda lo siguiente:

1.- ¿La emoción está asociada con una fobia, alergia, trauma o enganche?

2.- ¿Cuál es la emoción polar de la emoción que aparece?

3.- ¿Cuáles son las características metafóricas de esa emoción: imagen, tamaño, color o forma?

4.- ¿Corporalmente dónde está la sensación-sentida de esa emoción?

5.- ¿Cuál es la frase o creencia asociada a esa emoción?

6.- ¿Aprovechas la comunicación no verbal de la mano izquierda a través de plastilina, dibujos, letras de fomi o fichas de palabras tipo juego *Scrabble*?

G.- Soltar las emociones

Andrade y Navatta (2019) proponen técnicas para soltar las emociones tomando en cuenta los siguientes 5 pasos:

1.- Enfocar el peor momento del problema.

2.- Identificar la emoción o sensación y en qué zona del cuerpo se siente (sensación-sentida de Gendlin).

3.- Bajar el mentón y orientar la mirada hacia abajo a la derecha (PNL). Cerrar los ojos y concentrarse en la zona corporal que localizó lo que siente.

4.- Acepte lo sentido, dele la bienvenida y obsérvelo curiosamente durante unos segundos desde un dron imaginario, aquí y ahora, sin juzgar (disociación terapéutica).

5.- Tomar consciencia o darse cuenta de que no somos esa emoción/sensación.

6.- Aplicar una técnica particular de Soltar. Por ejemplo, ***la técnica de arrojar la pelota***, que consiste en que, mientras el consultante retiene el aire (banda yoga) durante 5 segundos, que imagine o vea físicamente que tiene en su mano una pelota (de hule, plastilina o papel) y realice el movimiento (físico o mental) de tomar impulso para arrojar la pelota, flexionando el brazo. Luego, exhalar largamente, arrojando suavemente la pelota, *prestando especial atención al instante en que su mano se abra y suelte la pelota*. Que experimente aceptación, perdón y gracias. Repetir la técnica las veces necesarias, guiándose por una escala subjetiva, hasta llegar a cero.

7.- Nota: Como preparación previa, se sugiere no cruzar manos o pies y relajarse con respiración abdominal profunda por la nariz. Otras técnicas de Soltar son, por ejemplo: “el puño que se cierra y luego se abre”, el encogimiento de hombros”, “la disolución en la puerta del torso”, “el tubo en U en el abdomen” y “la válvula de escape en la zona emotiva”. Para más información, lean el libro de Andrade y Navatta, muy recomendable.

H.- Regulación emocional en drogadicción:

1.-Detecta cuál emoción principal sientes cuando te drogas. Y en qué parte del cuerpo la sientes.

2.-Detecta en la pared dónde conectas con esa droga del punto uno.

3.-Haz ping-pong de miradas entre ese punto de la pared detectado y la zona del cuerpo donde sientes la emoción detectada en el punto uno.

4.-Visualízate de niño y ponle la emoción detectada en el punto uno. Observa con atención.

5.-Visualiza a un niño diferente y ponle la emoción detectada en el punto uno. Observa con atención.

6.-Vuelve a visualizarte como niño con la emoción detectada en el punto uno.

7.-Separa la emoción de la droga. Date cuenta que...

8.-Acuérdate de un momento en que te sentías en confianza o exitoso. Y detecta en qué parte de tu cuerpo sientes la emoción, para entonces colocar una mano en esa zona.

9.-Así con la mano colocada en tu cuerpo vuelve a hacer ping-pong como en el punto 3.

10.-Para evaluar, vuelve a mirar el punto en la pared que te conecta con la droga ¿qué sientes y con cuánto lo calificas?

11.-Para evaluar, pon tu mano donde sentías la emoción negativa (o "positiva") de la droga.

I.- Tapping prolongado en punto gama

Se sugerirá que toque firmemente unas cincuenta veces en el sitio del acupunto 3TC (punto gama) sobre todo en los tratamientos de culpa, cansancio, soledad, dolor de amor, dolor físico, arrepentimiento, rechazo y tristeza (Lambrou et al., 2000).

J.- ¿Dónde ubicar la silla vacía?

En la dirección donde mire el consultante a la persona pertinente. Por ejemplo: Un niño ubicó su perrito fallecido abajo al centro. Un adulto ubicó a su madre enfrente al centro.

Alfredo colocó su silla vacía hacia su derecha, donde sentía conectar a su padre (zona derecha inferior).

Como otra variante, el consultante puede aplicarse *tapping EFT* en su silla o en la silla vacía, dirigido por el terapeuta.

K.- La disculpa y el perdón energéticos.

Cuando una persona pretende cerrar un ciclo, asunto inconcluso, perdonar u ofrecer disculpas, es muy importante detectar si lo está solicitando o haciendo como niño o como adulto.

Como niño:

-Suele cerrar los ojos.

-Pide las disculpas, no las ofrece.

-Pide que lo perdonen, como el niño que le pide a los padres.

-Una o más incongruencias entre corazón, mente y cuerpo.

-Para perdonar u ofrecer disculpas pone condiciones u ofende.

-Se mantiene estancado en el pasado, parcial o totalmente.

-Le falta trabajar más en terapia o en lo espiritual el trauma o conflicto.

Como adulto:

-Tener los ojos abiertos.

-Ofrece disculpas.

-Perdona sin condiciones, se siente liberado.

-Hay congruencia de corazón, mente y cuerpo.

-Puede haber humor, reparación, nuevas metas.

-Ha resignificado lo que ocurrió, en el daño que le hicieron o en el daño que causó.

L.- Polaridad hígado-cabeza

El consultante hará tapping alternado entre la coronilla de la cabeza con mano izquierda) y algún punto del meridiano del hígado (con mano derecha), abajo del seno o centímetros más hacia abajo, en caso de pudor.

Una vez estando en esta estimulación, se le puede platicar un cuento o reflexión respecto a la diferencia entre reaccionar como animal o pensar como humano.

M.- Tips varios para manejar la ira o la frustración

*Recostado con manos en el suelo, golpear el suelo alternadamente con los «puntos karate» (acupunto 3ID) o con las palmas de cada mano, abiertas o empuñadas estas.

*Pies descalzos en el suelo y manos en pared, golpear la pared alternadamente con los «puntos karate» o con las palmas de cada mano, abiertas o empuñadas estas.

*Visualizar árbol joven (un pino, preferentemente) y pidiéndole permiso descargar el estrés en él, para luego recargar energía positiva de él. Es decir, con el permiso de ese árbol, se haría un intercambio de energía.

*A veces es necesario que la persona grite su enojo o su tristeza, incluyendo insultos si lo considera necesario. Hay quienes hasta sacan vómitos, saliva, lágrimas, sudor, “guacos”; otros lanzan objetos, por ejemplo, pelotas, cojines, bolas de papel o de plastilina.

*Hay personas privadas legalmente de su libertad que hacen lo que ellos llaman «sombras», o boxeo con alguien imaginario.

*Empuñar las manos de manera alternada. Es decir, mientras se empuña una mano, la otra tiene que estar abierta.

Esta alternancia bilateral es benéfica. Una variante sería empuñar ambas manos mientras se inhala, para abrirlas lentamente mientras se exhala también lentamente.

Referencias

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2019). “Soltar! Aprenda a decir no”. Publicación Independiente en Kindle.

Botkin, Allan L., Psy.D. (2000). The Induction of After-Death Communications Utilizing Eye-Movement Desensitization and Reprocessing: A New Discovery. Journal of Near-Death Studies vol. 18 iss. 3, Spring 2000, Bruce Grayson editor:

https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc799396/m1/1/

Church, Dawson (2009). “The Genie in Your Genes. Epigenetic Medicine and the New Biology of Intention”. Second Edition. USA: Energy Psychology Press

Dennison, Paul y Dennison Gail. (1990). “Brain Gym”. Editorial Quarzo

Eden, Donna; y Feinstein, David (2011). “Medicina Energética: Manual para conseguir el equilibrio energético del cuerpo para una excelente salud, alegría y vitalidad”. Edición en México: Obelisco.

Gallo, Fred P. (2022). The Tapping Toolbox: Simple Body-Based Techniques to Relieve Stress, Anxiety, Depression, Trauma, Pain, and More. PESI Publishing, Inc.

Gallo, Fred P. (2005). “Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health”. Second Edition. United States: CRC Press

Hartmann, Silvia (2012). “Energy EFT”. Reino Unido: Dragon Rising Publishing

Lambrou, Peter y Pratt, George (2000). Instant Emotional Healing. Acupressure for Emotions. Random House, Inc.

Lipton BH. The biology of belief. Santa Rosa: Elite; 2005.

Millán, César y Jo Peltier, Melissa (2007). El Encantador de perros. España: Santillana Ediciones Generales

Ruden, Ronald A. (2011). When the past is always present. Emotional traumatization, causes, and cures. New York and Londres: Taylor & Francis.

Sakai, C. (2014). Overcoming Adversity: How Energy Tapping Transforms Your Life's Worst Experiences: A Primer for Post-Traumatic Growth (English Edition). Energy Psychology Press

Villegas, Laia y Pujol, Óscar (2018). “Diccionario del Yoga. Historia, práctica, filosofía y mantras”. Argentina: Herder

44.- TESTS KINESIOLÓGICOS

El Dr. Yoshiaki Omura solicitó una patente en 1985, pero la Oficina de Patentes de EE.UU. 11 expertos se llevaron más de siete años de evaluación vigorosa antes de conceder oficialmente una patente para la prueba de O-Ring Bi-Digital al Dr. Omura en 1993 (Patente 5.188.107 - 23 de febrero 1993) Antes de empezar su evaluación, algunos de estos expertos se mostraron escépticos, pero querían saber la verdad y como científicos honestos no quisieron hacer ningún juicio sin un estudio real o investigación. Desde esos días ha habido más de 23 estudios universitarios realizados confirmando su eficacia.

Quizá contribuyó que las investigaciones científicas han descubierto en el año 1993, concretamente en el campo de la Neurología, que cada vez que estimulamos un músculo, simultáneamente estamos estimulando a su órgano correspondiente, a través de las neuronas motoras alfa. Y que en las manos existen multitud de conexiones neuronales, sobre todo en la mano derecha, la parte motora.

El Test de Verificación Muscular es un procedimiento usado originalmente en la Kinesiología aplicada con el que, a través de una pequeña comprobación de la fortaleza de un músculo, podemos obtener información acerca de la respuesta del sistema nervioso de la persona ante diversas situaciones. Si el músculo se mantiene fuerte, quiere decir que el sistema neurológico se adapta sin problemas a la situación. Si se debilita indica que el sistema neurológico está sufriendo una descompensación que no consigue equilibrar. Este test se aplica a uno mismo o hacia otra persona.

Si una persona sostiene su brazo lateralmente, con la palma de la mano hacia el suelo y se lo empujas hacia abajo ligeramente con los dedos, notarás una cierta cantidad de

resistencia normal. Si el revés psicológico está presente entonces el brazo estará más débil cuando la persona diga una frase relacionada con una afirmación positiva, por ejemplo: “quiero estar sano”

El test de verificación muscular (también llamado test muscular o prueba de resistencia muscular) sirve para diagnosticar en Psicoterapia también cuando el revés psicológico (inversión o autosabotaje) ha sido eliminado, en este caso la persona mostrará fuerza y firmeza ante la frase “quiero estar sano”, y mostrará debilidad muscular ante la frase “quiero estar enfermo”, confirmando entonces que ya no existe revés psicológico para ese caso en particular. Estos tests musculares son útiles también para mostrarle al paciente escéptico que no cree que pueda haber partes inconscientes de sí mismo que lo están saboteando.

Situaciones y materiales que perturban la prueba de verificación muscular:

Enfermedades, agotamiento, cansancio, falta de alimentación, teléfono celular, alcohol, medicamentos tranquilizantes o controlados, drogas, joyas, adornos o prótesis de metal, gafas, ruidos, campos magnéticos (en computadoras, televisores y otros aparatos electrónicos), luz fluorescente, sed, falta de ventilación del lugar donde se realice la prueba, sillas de plástico, sillas de metal, sillas en donde el metal cruza la mitad del cuerpo, postura “suelta” o asimétrica, mirar hacia abajo o hacia arriba, cicatrices de operaciones, implantes, empastes dentales, fibras sintéticas, zapatos de tacón o con hebillas metálicas, botones metálicos.

Se ha demostrado que los resultados de las pruebas musculares manuales reflejan cambios en el sistema nervioso central (Leisman et al., 1989). También, Se ha demostrado una fiabilidad significativa entre examinadores cuando se aísla un solo músculo para la prueba, pero no cuando se prueban grupos musculares (Lawson y Calderon, 1997). Si bien hay algunas investigaciones que respaldan la utilidad de las pruebas musculares para examinar.

En cuestiones psicológicas (Monti et al., 1999), tradicionalmente las pruebas musculares han sido utilizadas ampliamente por fisiatras, fisioterapeutas, osteópatas, quiroprácticos, etc. para evaluar la fuerza y la debilidad muscular (Kendell et al., 1971). Cuando se evalúan problemas psicológicos, la prueba es distinta de la evaluación del músculo en sí. Más bien, la aplicación de la prueba muscular aquí es equivalente a la forma en que se usa en la kinesiología aplicada: para determinar si el músculo se prueba "encendido" o "apagado" en respuesta a un problema o desafío psicológico. La respuesta muscular se utiliza como indicador para evaluar otra cosa.

Sin embargo, por el momento, debería ser evidente que si el músculo se debilita mientras el cliente tiene un pensamiento angustioso, entonces, una vez que el campo de pensamiento haya sido tratado de manera efectiva y aliviado de la angustia asociada, el músculo se fortalecerá. De esta manera, la prueba muscular puede servir como una medida fisiológica o biorretroalimentación para complementar las unidades subjetivas de angustia que el cliente informa antes, durante y después del tratamiento.

Otra forma de pensar en las pruebas musculares no es tanto en términos de músculos "fuertes" y "débiles", sino más bien en términos de comunicación bifásica, de la misma manera que funciona una computadora. Esto también es similar a la señalización ideomotora, que se emplea con frecuencia en la hipnosis. En este sentido, se establece una señal con el inconsciente del paciente de manera que un dedo específico se contrae al comunicar “sí” y otro dedo se contrae para comunicar “no”. De esta forma, el operador puede hacer preguntas en formato sí o no para acceder a una gran cantidad de información.

Músculo “débil”: Durante la prueba muscular, el músculo indicador no funciona neurológicamente a su capacidad y se debilita. Esta es una medida de la capacidad de respuesta muscular, no de la integridad muscular.

Músculo “fuerte”: Durante la prueba muscular, el músculo indicador funciona neurológicamente a su capacidad e inmediatamente se bloquea.

La prueba del músculo indicador implica el uso de un músculo junto con la localización de la terapia para sacar inferencias específicas. Por ejemplo, el músculo deltoides medio se puede aislar como un músculo indicador.

La prueba muscular manual es diagnóstica y se utiliza para guiar la terapia.

Ciertamente, la prueba muscular manual es un proceso mecánico y requiere habilidad con la técnica y delicadeza terapéutica para mantener la relación y el flujo de la terapia. Pero eso rara vez es un problema para el terapeuta experimentado. A medida que el terapeuta se vuelve experto en las pruebas musculares manuales, la habilidad intuitiva y el "flujo" predominan de la misma manera que un esquiador o bailarín consumado ya no depende de una rutina prescrita. El proceso se lleva a cabo hábilmente de tal manera que el terapeuta y el cliente se unen en una misión de descubrimiento para escuchar y observar lo que el cuerpo tiene que decir. Obviamente, este es un enfoque mente-cuerpo.

La prueba muscular manual puede ayudarnos a localizar el problema más importante. Los puntos meridianos efectivos, diagnosticar la reversión psicológica (PR) que bloquea el tratamiento, encontrar el punto o los puntos de tratamiento que ayudan a aliviar la reversión, etc. Por ejemplo, un tratamiento estándar para la reversión psicológica es hacer que el cliente toque el costado de la mano (intestino delgado-3) mientras que a veces hace una declaración sobre aceptarse con el problema. Sin embargo, eso no siempre funciona para corregir la inversión. A veces, la corrección se logra estimulando otro punto de acupuntura meridiano, como el vaso rector 26, el vaso central 24, el riñón 27, etc. La prueba muscular manual es útil para tomar esta determinación.

La prueba muscular manual no es una prueba de la verdad, sino un indicador de la misma manera que cualquier prueba es un indicador. Es aceptable afirmar que la prueba muscular indicado o sugirió (y tal vez incluso presentado) siempre que no estemos implicando que la prueba demuestra cualquier cosa más allá de una sombra de duda. Como

psicóloga, he aplicado la psicometría y las técnicas proyectivas ampliamente a lo largo de los años. Cualquier evaluador que se precie, sabe que una variedad de medidas es importante para evaluar cualquier situación: historial, entrevista, observaciones, diferentes tipos de pruebas, etc. En la kinesiología aplicada profesional, la prueba muscular manual es una medida que se tiene en cuenta en el proceso de desarrollo de un enfoque de tratamiento eficaz. Las pruebas musculares manuales no deben considerarse como la información más importante en detrimento de otra información relevante.

Existe algún apoyo empírico para la confiabilidad entre examinadores entre los evaluadores musculares manuales (Scoop, 1978; Lawson y Calderon, 1997). Además de respaldar la confiabilidad y validez de las pruebas musculares como herramienta clínica, el estudio de Lawson y Calderon (1997) demostró una confiabilidad inter-examinadora significativa para las pruebas individuales de los músculos pectoral mayor y piriforme, pero no para el tensor de la fascia lata o los músculos isquiotibiales, que implicar grupos de músculos. Esto destaca la necesidad de que los médicos sean conscientes de las posibles imprecisiones al evaluar algunos grupos musculares. También hay algún apoyo empírico de que la prueba muscular realizada por un practicante experimentado puede diferenciar con precisión las declaraciones verbales congruentes de las incongruentes de los sujetos (Monti et al., 1999; y Caruso y Leisman, 2000). De manera similar a los estudios con varias técnicas psicométricas, los estudios sobre pruebas musculares manuales deben utilizar evaluadores expertos, ya que la habilidad con el método necesariamente afecta la confiabilidad y validez del método. Además, la técnica de prueba muscular manual puede variar y esto debe tenerse en cuenta al evaluar el significado de los estudios.

Se puede abusar de las pruebas musculares manuales. La intención y el nivel de conciencia del probador son importantes aquí. Con esto quiero decir que hay niveles de conciencia que no se adaptan bien al uso preciso de las pruebas musculares manuales. Considere la vergüenza, la codicia, la lucha por el poder y otros estados del ego menos que deseables. Estos son estados de conciencia o comprensión en los que la mayoría de los humanos entran a veces. Algunas personas parecen querer realizar la prueba incorrectamente debido a su propio nivel de

conciencia en ese momento. Se prefiere una posición de desinterés por los resultados y humildad.

John Diamond (1978) expresó la opinión de que a los terapeutas no se les debe permitir realizar pruebas musculares hasta que hayan alcanzado un nivel profundo de integridad.

Es importante señalar que no todos los problemas resultan en un debilitamiento del músculo indicador. Si una emoción positiva está asociada con el problema (p. ej., excitación, placer, etc.), es probable que el músculo indicador muestre "fuerte" en su lugar. Cuando este es el caso, se necesita un enfoque diferente para la localización de la terapia.

Ver 'Métodos de Diagnóstico y Tratamiento Energético' (Gallo, 2000) para más detalles.

Si hay una reversión específica, haga que el cliente estimule el reflejo neurolinfático (es decir, el "punto dolorido") o dé golpecitos en el lado del dedo meñique mientras dice tres veces: "Me acepto profundamente a pesar de que tengo este problema (fobia), traumatismos, etc.)." Luego vuelva a probar para asegurarse de que la inversión se haya corregido antes de continuar.

A veces, el progreso puede verse bloqueado por otros niveles de reversión o reversiones relacionadas con los criterios. Parece que los problemas relacionados con la vergüenza o el merecimiento, la privación, la seguridad, etc. pueden interferir con el funcionamiento del tratamiento. Estas inversiones no han sido un aspecto del enfoque de Roger Callahan a la terapia del campo del pensamiento, aunque han sido un aspecto del trabajo terapéutico de otros profesionales (Durlacher, 1995; Gallo, 1994b, 1997b; en Gallo, 2005).

Apretar o empujar —uno mismo o a través de otra persona— el ombligo hacia la columna, así como traer puesto un reloj digital de cuarzo y contener la respiración debilitan la energía y se comprueba en un test kinesiológico.

La prueba kinesiológica es útil tanto en el principio, como

en medio y al final de una sesión, porque nos va guiando y orientando.

En Coaching Wingwave (Besser-Siegmund, 2010) no se hacen preguntas, se presentan estímulos como objetos, palabras, frases en afirmaciones —sin negaciones—, acciones específicas, decisiones, posibilidades, propósitos, situaciones, metas, imágenes, sentimientos, elementos del entorno, juicios, hechos, datos, parte u órgano del cuerpo, visión o visualización de lugares, personas, instrumentos, aparatos, alimentos, productos, medicamentos, etcétera. Nota: Tomar en cuenta los elementos externos y los internos a la persona. El árbol de enunciados va de lo general a lo particular. Testear grupos, lugares, edades, género, línea temporal, nivel y grado escolar, etapa de vida, sentimientos. Este árbol va delimitando y especificando dónde, cuándo, qué y cómo es el punto clave a tratar/destraumatizar.

Los filtros finos para encontrar un punto clave dependerá de qué tipo de consultante se trate: deportista, artista, campesino, víctima, enfermo, reo, etcétera. Y de esa manera se desglosará la secuencia de acciones, lugares, situaciones, estímulos, etcétera, de acuerdo a las características de los contextos.

Es... Es el teclado de tu computadora (en el caso del bloqueo de una escritora) Son... Se trata de... Cuando...
Esa vez que...La burla de tu maestra...

Es algo que se originó a tus 8 años de edad... Tenemos que seguir la terapia en este tema... Ni se califican los resultados como "si" o "no" ni "positivo" o negativo" sino que significan:

Señal fuerte del aro: "manejable/no estresante/agradable/me fortalece energéticamente/me estabiliza o es neutral/funcional".

Señal débil del aro:

"inmanejable/estresante/traumatizante/irritante/disfuncional/me debilita”

energéticamente/me bloquea/me

desestabiliza/desagradable".

Las instrucciones son: "Siéntese con la espalda recta, el cuerpo simétrico, mire hacia abajo y respire con normalidad".

Afirma Rob Williams (2015), creador del Psych-K: "*Con el tiempo, empecé a notar una peculiaridad singular de las personas. Justo antes de que apreté el brazo extendido se utiliza para las pruebas musculares, me di cuenta de que los ojos de la persona se muevan hacia arriba, como si estuvieran mirando a algo en el techo.*

Me acordé de un poco de información de mi formación anterior en Programación Neuro-Lingüística (PNL), lo que sugiere que cuando la gente mira hacia arriba, por lo general se procesan sus pensamientos visualmente (hacer fotos). Cuando se enfocan hacia el frente, que están procesando auditiva (escuchar sonidos), y cuando se mira hacia abajo, por lo general se procesan cenestésicamente (experimentar sentimientos o sensaciones físicas).

En efecto, cuando se levantaron durante el test muscular, que se movían de sus sentimientos y en su sistema sensorial visual. Debido a que la respuesta de la prueba muscular a las declaraciones autorreferenciales depende de una respuesta fisiológica de la mente subconsciente se expresa a través del cuerpo físico, es posible que el individuo no estaba experimentando las sensaciones necesarias para garantizar una prueba muscular precisa. Tras reflexionar sobre ello y la observación, también me di cuenta de que los clientes con un historial de trauma significativo infancia eran más propensos a mirar hacia arriba cuando se le preguntó para acceder a recuerdos desagradables o hacer declaraciones que podrían implicar tener que hacerlo.

Al parecer, mirando hacia arriba fue una estrategia inconsciente para disociar de los recuerdos desagradables. Esta práctica efectivamente desconectada de los sentimientos necesarios para crear una respuesta conflictiva (débil) del músculo del subconsciente. Tan pronto como le pregunté al sujeto que está siendo probado para mantener los ojos

enfocados en una dirección hacia abajo durante el procedimiento de prueba, las respuestas normalizadas".

Breviario de casos y variantes

A.- RESONANCE REPATTERNING. SISTEMA DE TRANSFORMACIÓN DE PATRONES DE RESONANCIA

La 'Transformación de Patrones de Resonancia' (*Resonance Repatterning*), es un método educativo y terapéutico con el que puedes crear un estado elevado de bienestar, coherencia, conciencia, orden y armonía, en todas las áreas de tu vida.

A través de este método, vamos a poder:

-Transformar nuestros problemas en oportunidades.

-Resonar con nuevas posibilidades positivas.

-Transformar nuestros patrones conscientes e inconscientes limitantes.

-Expresar el poder de nuestro ser esencial en acción.

Basándose tanto en la física cuántica como en las filosofías tradicionales energéticas de los chakras, los meridianos y los cinco elementos (medicinas Ayurveda y Acupuntura china respectivamente); la TPR (Transformación de Patrones de Resonancia) considera que cada uno de nosotros existimos como campos de frecuencias energéticas en vibración. Nuestros pensamientos, sentimientos, necesidades y síntomas físicos son expresiones vibratorias de este sistema. Esas frecuencias que somos, atraen como imanes a su vez por resonancia, las mismas frecuencias del universo hacia nosotros. Así pues, las frecuencias con las que resonamos, van a determinar nuestra experiencia única y personal de la vida: "Aquello con lo que vibras, es lo que experimentas". Si resuenas con la frecuencia de la alegría, esto será lo que atraigas a tu vida, y lo mismo ocurrirá si tu frecuencia se titula: "frustración", tenderás a atraer más de ella en tu día a día.

Resonance Repatterning te proporciona las herramientas para cambiar tu frecuencia, con facilidad y de manera que puedas

ascender de forma natural a un nivel superior de bienestar y coherencia.

Chloe Faith Wordsworth (2001), su fundadora, emigró de Inglaterra hacia los Estados Unidos en 1964. Se graduó con la mención honorífica Phi Beta Kappa en la Universidad de California (UCLA), donde se tituló con una licenciatura y Maestría en Artes y Letras Inglesas. Seguido de esto, Chloe inició una etapa de estudio intensivo de los métodos de medicina alternativa, lo que catalizó el desarrollo del sistema Resonance Repatterning (R.R.).

Las áreas principales de estos estudios incluían la Terapia de Polaridad, que estudió con su fundador el doctor Randolph Stone; además del sistema de los Cinco Elementos en la acupuntura con J.R. Worsley y su método, y después también en el Instituto de Acupuntura Tradicional (Thai Sophia); también estudió Edu-Kinesiología con el Doctor Paul Dennison, su fundador y prosiguió con el sistema de Sherry Edwards, para trabajar con las frecuencias del Sonido. Y Junto con todo esto Chloe comenzó a Integrar su conocimiento y práctica de Jin Shin Jyutsu, Terapia Craneo-Sacral, sanación con sobretonos armónicos, patrones de respiración, movimiento, aromaterapia y dieta, con el fin de apoyar al proceso de sanación de sus consultantes.

Al integrar todas estas técnicas de sanación, Chloe comenzó a crear los protocolos de transformación y desarrollar la herramienta de verificación muscular e integrar un sistema de sanación único, al cual dio el primer nombre de Holographic Repatterning, y que hoy está registrado en varios países como Resonance Repatterning. Y tras tres décadas de experiencia, trabajando en su consulta privada y enseñando a estudiantes de todo el mundo, Chloe cree que todas las personas pueden aplicar el proceso de Resonance Repatterning con resultados tangibles y consecuencias extraordinarias en las relaciones, la salud, la expresión creativa y el éxito a todos los niveles.

Holographic Repatterning —HR— afirma trabajar con la energía eléctrica del cuerpo. Cuando nuestros pensamientos, sentimientos, conductas, etcétera, están conectados con el sistema eléctrico corporal éste entra en tensión corporal y está energetizado —on—, listo para la acción y los cambios.

En cambio, cuando nuestros pensamientos, sentimientos y

conductas no están conectadas con el sistema eléctrico corporal, éste se mantiene relajado corporalmente y no está energetizado —off—, no está apto para emprender cambios.

La conexión o resonancia con el sistema eléctrico corporal se usa en HR para saber con qué se está conectado, sin importar si eso es positivo o negativo, favorable o desfavorable. La coherencia permite la integración, la unidad y la armonía. Esta conexión se da con una respuesta muscular inconsciente, sin intervenir la voluntad; por medio de tests kinesiológicos de verificación muscular, por ejemplo, el aro de O'Ring que usa el dedo pulgar e índice de la mano derecha; o el test kinesiológico donde el dedo medio presiona hacia abajo la uña del dedo anular de una mano; además de tener la alternativa de usar el antebrazo izquierdo, cerca de la muñeca.

Si deseamos un cambio positivo, antes necesitamos identificar y transformar las necesidades no-coherentes que se encuentran detrás de nuestros problemas. Si no estamos conectados o en coherencia con algo, no lo logramos manifestar, sea positivo o negativo eso. Por ejemplo, si deseo separarme de mi pareja, pero en el test muscular resulta una debilidad/relajación, entonces esto me informa que no estoy conectado con ese deseo, por lo cual no se logrará manifestar o lograr lo que deseo.

Es decir, en HR primero se transforman los patrones holográficos no-coherentes con los que el consultante está sintonizado —respuesta *on* o tensión muscular—; y luego se transforman los patrones holográficos coherentes con los que el consultante no está en coherencia —respuesta off o debilidad muscular—.

1.- ¿Estoy en fase/sintonía (on) con una creencia negativa?

Se necesita desbloquear o transformar lo negativo (trauma, conflicto, problema, necesidad, sufrimiento) en algo

pacífico, neutro, sereno, manejable, perdonable, y quizá hasta alegre. Algunos le llaman a esto ganancias secundarias o autosabotaje psicológico. Esto se puede trabajar a través de HR, EFT, TFT, EMDR, entre otras muchas técnicas y métodos terapéuticos.

2.- ¿Estoy desconectado/no-coherencia con una creencia negativa?

Es la meta para pasar a otro objetivo.

3.- ¿Estoy desconectado/no-coherencia con una creencia positiva?

Se necesita adquirir coherencia a través de recursos disponibles en técnicas y métodos terapéuticos ya señalados, y también cotidianos; de hecho, HR tiene listas de estos como posibles recursos, que hay que testear con la verificación muscular para seleccionar cuáles son los pertinentes entre las opciones.

4.- ¿Estoy en fase/sintonía (on) con una creencia positiva?

Es la meta para pasar a otro objetivo o para finalizar la sesión.

Para finalmente instalar los patrones coherentes y resonantes que favorecerán un cambio positivo para la persona. Debiendo comprobar que las creencias positivas o coherentes estén en 'on' —test muscular con resultado fuerte—, y las creencias negativas o no-coherentes estén en 'off' —debilidad en resultado del test muscular—.

Nos afecta ver o escuchar de otros sus coherencias/incoherencias energéticas en sus palabras, acciones, gesticulaciones, posturas. Por ejemplo:

Palabras con coherencia: Gracias. Te amo.

Palabras no-coherentes: Maldito seas. Eres un estúpido.

Gesticulaciones: Son coherentes cuando son ascendentes; y son

no-coherentes cuando son descendentes, hacia abajo.

Posturas coherentes: pies firmes en el suelo, sentado con espalda recta.

Posturas no-coherentes: Parado en un solo pie, sentado con la espalda no recta.

Recursos coherentes: meditación, Tai-Chi, respiración rítmica (diafragmática, profunda, pranayamas), oraciones religiosas, ejercicio

físico, caminar, entre otros.

B.- Perturbaciones energéticas

La Maestra en Terapia Gestalt, Ruth Díaz Alcalá (2019, comunicación personal), señala que: “mente sana en cuerpo sano”. Agrega que el ser humano se ve afectado en su energía a través de los pensamientos que genera, y los sentimientos (energía emocional). También, coincide con otros estudiosos en que la interacción de nuestro cuerpo humano como sistema con el exterior, produce una transformación, por lo que es necesario incluir el equilibrio y el desequilibrio, como cambios en el sistema; el cual puede registrarse como positivo o negativo, como comodidad o incomodidad, como enfermedad o salud o como una dificultad necesaria para el ajuste del sistema. Y tomando como referencia aquello que surge como consecuencia al movimiento o a la ausencia de éste es que la energía puede ser medida a través de aparatos científicos y bioenergéticos (ecógrafos, tomógrafos, electrocardiogramas, galvanómetros, sistema GDV, etc.). La misma Díaz Alcalá afirma que, en sus psicoterapias, para desbloquear o equilibrar energías, eliminar toxinas energéticas, o encontrar alternativas de solución, puede incluir elementos de los siguientes enfoques y/o técnicas: Terapia Gestalt, Patrones Holográficos (Holographic Repatterning de Chloe Faith), PNL, Palingenesia, Constelaciones Familiares, Musicoterapia, Terapia de movimiento, Ho oponopono, test de verificación muscular, EFT, EMDR, y Cromoterapia.

Algo más lo constituyen los objetos, personas, lugares, y otros que te perturban tu cuerpo energético.

Aseguran en la Kinesiología que para que una persona (el paciente y/o el terapeuta) esté apta para someterse a un test de verificación muscular (prueba miostática) hay que cuidar aspectos como:

-Drogas y medicamentos: No estar bajo los efectos intoxicantes o de abstinencia de alcohol, drogas y medicamentos controlados.

-Joyas/metal: evitar cualquier tipo de colguijos, collares, pulseras, argollas, anillos, etc.

-Gafas: ni transparentes ni oscuras, alejarlas.

-Ondas sonoras y campos magnéticos: Cuidar que cerca no

haya alguna antena, demasiados aparatos electrónicos o eléctricos, además de que no haya ruidos exagerados o música desequilibrante.

-iluminación: Se sugiere luz del sol, luz de velas, no se recomienda luz fluorescente ni luz de focos ahorradores que contengan líquidos contaminantes como mercurio.

-Sed: Tratar de estar sin sed, habiendo bebido de preferencia agua natural, no café ni refrescos.

-Enfermedades: Si la persona padece alguna enfermedad mental o física puede provocar distorsiones en las lecturas de verificación muscular o en las 'lecturas' energéticas.

-Agotamiento: Se recomienda que la persona esté descansada o relajada.

-Haber comido, tomado o estar en presencia de alimentos desequilibrantes: azúcar refinada, pastelillo o 'gusguera'.

-Falta de alimentos: El no haber ingerido alimentos afecta, hay

que procurar por lo menos haber bebido agua pura y una alimentación lo más natural posible.

-Temperatura de las bebidas: ni muy frías ni muy calientes.

-Ventilación del lugar de la prueba: procurar que exista circulación de aire y/o plantas que purifiquen el ambiente.

-Sillas: No se recomiendan las de plástico o de metal, ni sillas en que el metal cruza la mitad del cuerpo. Se sugieren sillas de madera o cuero, estar parados, sentados en el suelo o en cojines.

-Postura corporal correcta (por ejemplo: postura 'suelta', postura con el cuerpo recto y simétrico, cabeza centrada y mirando al frente, pies paralelos, hombros a la misma altura, no cruzar las piernas; mantener distancia mínima entre pies y rodillas, sin juntarlos; no recargarse en una pared).

-Dirección de la mirada: al frente.

-Posición de las manos: Si se hace la prueba del anillo de Omura se usa la mano derecha, debiendo estar el antebrazo en ángulo recto

hacia el cuerpo y adosado a este; si se usa el brazo izquierdo, todo este brazo debe hacer ángulo recto al cuerpo.

-Cicatrices de operaciones: hay distorsiones cuando se intenta verificar la energía de la zona donde existen cicatrices.

-Respiración: tiene que ser con normalidad, porque la respiración contenida o agitada distorsiona la prueba.

-Reloj de pilas en muñeca: evitarlo y alejarlo.

-Tipo/material de los empastes dentales.

-Metal (también el cuerpo, como placas, teléfonos celulares, implantes o marcapasos).

-Tejidos (son problemáticas especialmente las fibras sintéticas).

-Zapatos (son problemáticos sobre todo los que tienen tacón o hebillas metálicas).

-Hebillas y botones metálicos: en cinturones, pantalones, camisas, maletines, carteras, etc.

C.-Investigaciones sobre pruebas kinesiológicas

Una revisión de 2007 (Haas et al.) de varios estudios científicos de procedimientos específicos de kinesiología aplicada y pruebas de diagnóstico concluyó: "*Cuando la kinesiología aplicada se separa de las pruebas estándar ortopédicas musculares, los pocos estudios que evalúan procedimientos únicos de KA refutan o no pueden respaldar la validez de los procedimientos de KA como pruebas de diagnóstico. La evidencia hasta la fecha no respalda el uso de pruebas musculares manuales para el diagnóstico de enfermedades orgánicas o condiciones preclínicas o subclínicas*"

En 2015 (Baggoley C.), el Departamento de Salud del Gobierno de Australia publicó los resultados de una revisión de terapias alternativas que buscaba determinar si alguna era adecuada para ser cubierta por un seguro médico; La kinesiología aplicada fue una de las 17 terapias evaluadas para las que no se encontró evidencia de efectividad.

Goodheart and Cuthbert (2007) revisaron más de 100 estudios relacionados con la **prueba muscular manual (MMT)** y la

técnica quiropráctica de kinesiología aplicada (AK) que emplea MMT en su metodología, incluidos estudios sobre la eficacia clínica de la MMT en el diagnóstico de pacientes con sintomatología. Con respecto al análisis, hay evidencia de buena confiabilidad y validez en el uso de MMT para pacientes con disfunción neuromusculoesquelética. Los estudios de observación de cohortes demostraron una buena validez externa e interna, y los 12 ensayos controlados aleatorios (ECA) que se revisaron muestran que los hallazgos de MMT no dependieron del sesgo del examinador.

Afirman que se demostró que la MMT empleado por quiroprácticos, fisioterapeutas y neurólogos es una herramienta clínicamente útil, pero su validación y aplicación científica definitiva requiere pruebas que empleen modelos de investigación sofisticados en las áreas de neurofisiología, biomecánica, ECA y análisis estadístico.

D.- Utilidades de la prueba de verificación muscular

También es posible utilizar la prueba muscular para evaluar más a fondo la calificación SUD (Gallo, 2022).

Referencias

Baggoley C (2015). «Review of the Australian Government Rebate on Natural Therapies for Private Health Insurance» (en inglés). Australian Government – Department of Health. «The effectiveness of kinesiology in improving health outcomes in people with a specific clinical condition is unknown. There is insufficient evidence from SRs within this field to reach any conclusion regarding the effectiveness, safety, quality or cost-effectiveness of kinesiology». Recuperado de:
http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0E9129B3574FCA53CA257BF0001ACD11/%24File/Natural%20Therapies%20Overview%20Report%20Final%20with%20copyright%2011%20March.pdf

Besser-Siegmund, Cora; y Siegmund, Harry (2010). "Coaching Wingwave". España: Rigden Institut Gestalt

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Caruso, B., and Leisman, G. (2000). A force/displacement analysis of muscle testing. Perceptual and Motor Skills, 91:683-692.

Diamond, John (1978). "Kinesiología del Comportamiento". España: Ed. Edaf

Gallo, Fred P. (2022). The Tapping Toolbox: Simple Body-Based Techniques to Relieve Stress, Anxiety, Depression, Trauma, Pain, and More. PESI Publishing, Inc.

Gallo, F. (2000). Energy Diagnostic and Treatment Methods. New York: Norton.

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Goodheart, G. J. (1987). You'll be better. Geneva, OH: Self Published.

Goodheart GJ Jr. and Cuthbert SC. On the reliability and validity of manual muscle testing: a literature review. Chiropr Osteopat. 2007 Mar 6;15:4. doi: 10.1186/1746-1340-15-4

Haas M, Cooperstein R, Peterson D. Disentangling manual muscle testing and Applied Kinesiology: critique and reinterpretation of a literature review. Chiropr Osteopat. 2007 Aug 23;15:11. doi: 10.1186/1746-1340-15-11.

Kendell RE, Cooper JE, Gourlay AJ, Copeland JR, Sharpe L, Gurland BJ. Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. Arch Gen Psychiatry. 1971 Aug;25(2):123-30. doi: 10.1001/archpsyc.1971.01750140027006.

Lawson, A. & Calderon, L. (1997) Interexaminer agreement for applied kinesiology manual muscle testing. Perceptual and Motor Skills, 84, 539 - 546.

Leisman, G., Schambaugh, P. & Ferentz, A. (1989) Somatosensory evoked potential changes during muscle testing. International Journal of Neuroscience, 45, 143 - 15 1.

Omura, Yoshiaki: "Test Bi-Digital O'Ring (BDORT)":
http://www.tecnokines.it/brevetti_2.html

Ryan J Monti, Roland R Roy, John A Hodgson, V Reggie Edgerton,Transmission of forces within mammalian skeletal muscles,Journal of Biomechanics, Volume 32, Issue 4, 1999, Pages 371-380, ISSN 0021-9290,https://doi.org/10.1016/S0021-9290(98)00189-4.

Scoop, A. L. (1978). Orthomolecular psychiatry, 2 (2).

Williams, Robert M. (2015). "Psych-K…La pieza/paz que falta en tu vida". Myrddin Corporation

Wordsworth, Chloe Faith (2001). "Los fundamentos de Holographic Reppaterning". Editorial Resonance Publishing

45.- INTERACCIONES ENERGÉTICAS

Interacciones con el entorno

El ser humano está en constante interacción con su entorno. Lo está desde las diversas modalidades de fuerzas y energías que existen, entre esas, la química, la solar, la gravitacional y la electromagnética.

Comprobado está que somos seres con cuerpo eléctrico (ver capítulos 6 y 7), aunque todavía hay quienes no comprenden o desconocen esto. También, se han encontrado propiedades electromagnéticas en nuestro corazón (ver capítulo 7), cerebro (ver capítulo 7) y zona pectoral (Del Río, 1985).

Nuestras células están consideradas como pequeñas pilas eléctricas. En nuestros pies existe una carga eléctrica que, si se acumulan demasiados protones —cargas positivas— será necesario recargarnos (tocar con las manos o pies) cargas negativas —electrones— de lugares, objetos y cosas. como tierra, arena, agua, un árbol, pasto y plantas: Es decir, se trata de estabilizar la ionización eléctrica en nuestro cuerpo. Esta es la razón de que, cuando nos sentimos. cansados —exceso de protones o cargas eléctricas positivas— nos duchamos y ya nos sentimos relajados: es que con esa agua incorporamos cargas negativas de electrones, que no tiene nada que ver con el valor moral de la palabra, y entonces volvemos a equilibrarnos en la piel. Por dentro cíe nuestro cuerpo, el balance de iones y PH es otro asunto aparte, del que no profundizaremos para no desviarnos en este capítulo.

Por fa razón anterior, se descansa, se relaja y se equilibra la persona que está cerca de una cascada, de un río, del mar, de una laguna, de la lluvia.

Tenemos que *darnos mantenimiento* para no saturarnos de energía negativa o basura de estímulos que no nos son útiles. Así como las computadoras, tabletas o teléfonos celulares se saturan de "archivos basura", malware y virus, así también es necesario limpiar nuestros cuerpos (físico, emocional, mental y vital, por ejemplo).

Todo es energía, muchos lo han dicho. Energía son las cosas, las personas, los animales, las plantas. Hay diversos tipos de energía: eléctrica, magnética, fotónica, nuclear, combustible, mecánica, entre otras. Y hay un tipo de energía que aún no es capturada ni comprendida por los científicos. Esa energía es la que ha recibido varios nombres en la antigüedad: Chi, Ki, Prana, Vital, etcétera, y que es la energía que circula por los meridianos chinos energéticos, los chakras y los planos superiores al mundo físico.

La energía no tiene carga moral ni discriminación, está en estado latente para que se le transforme, se le brinde una utilidad y un objetivo. Puede transformarse, no crearse ni destruirse, dijo Lavoisier. En el manejo de cualquier energía se incluye el arte y la ciencia, la experiencia y el conocimiento, la intención y la creatividad. En todos los rincones del Universo hay energías. Vemos y sabemos que las energías en el universo constantemente se mueven y se transforman.

Al estar en un Universo Dual, se recurre a categorizar binariamente, en pares o polaridades, luz/oscuridad, bueno/malo, sí/no, negro/blanco, y de la energía se menciona que o está bloqueada o fluye, se le usa para el bien o para el mal, para destruir o para crear algo.

Interacciones con otras personas

Ya expusimos que las personas somos seres electromagnéticos. Por lo tanto, al interactuar entré sí, habrá un intercambio de información, tanto a nivel visible como invisible, verbal y no verbal, consciente e inconsciente, físico y electromagnético.

Las "toxinas" energéticas

Son ciertos objetos, personas, lugares, y otros que te perturban tu cuerpo energético.

Aseguran en la Kinesiología que para que una persona (el paciente y/o el terapeuta) esté apta para someterse a un test de verificación muscular (prueba miostática) hay que cuidar aspectos como:

-Drogas y medicamentos: No estar bajo los efectos intoxicantes o de abstinencia de alcohol, drogas y medicamentos controlados. -Joyas/meta!: evitar cualquier tipo de colguijes, collares, pulseras, argollas, anillos, etc.'

-Gafas: ni transparentes ni oscuras, alejarlas.

-Ondas sonoras y campos magnéticos: Cuidar que cerca no haya alguna antena, demasiados aparatos electrónicos o eléctricos, además de que no haya ruidos exagerados o música desequilibrante.

-iluminación: Se sugiere luz del sol, luz de velas, no se recomienda luz fluorescente ni luz de focos ahorradores que contengan líquidos contaminantes como mercurio. -Sed: Tratar de estar sin sed, habiendo bebido de preferencia agua natural, no café ni refrescos.

-Enfermedades: Si la persona padece alguna enfermedad mental o física puede provocar distorsiones en las lecturas de verificación muscular o en las 'lecturas' energéticas. -Agotamiento: Se recomienda que la persona esté descansada o relajada.

-Haber comido, tomado o estar en presencia de alimentos desequilibrantes: azúcar refinada y golosinas.

-Falta de alimentos: El no haber ingerido alimentos afecta, hay que procurar por lo menos haber bebido agua pura y una alimentación lo más natural posible.

-Temperatura de las bebidas: ni muy frías ni muy calientes.

-Ventilación del lugar de la prueba: procurar que exista circulación de aire y/o plantas que purifiquen el ambiente.

-Sillas: No se recomiendan las de plástico o de metal, ni sillas en que el metal cruza la mitad del cuerpo. Se sugieren sillas de madera o cuero, estar parados, sentados en el suelo o en cojines.

-Postura corporal correcta (por ejemplo: postura `suelta', postura con el cuerpo recto y simétrico, cabeza centrada y mirando al frente, pies paralelos, hombros a la misma altura, no cruzar las piernas; mantener distancia mínima entre pies y rodillas, sin juntarlos; no recargarse en una pared). -Dirección de la mirada: al frente.

-Posición de las manos: Si se hace la prueba del anillo de Omura se usa la mano derecha, debiendo estar el antebrazo en ángulo recto hacia él cuerpo y adosado a este; si se usa el brazo izquierdo, todo este brazo debe hacer ángulo recto al cuerpo.

-Cicatrices de operaciones: hay distorsiones cuando se intenta verificar la energía de la zona donde existen cicatrices. -Respiración: tiene que ser con normalidad, porque la respiración contenida o agitada distorsiona la prueba.

-Reloj de pilas en muñeca: evitarlo y alejarlo. -Tipo/material de los empastes dentales.

-Metal (también el cuerpo, corno placas, teléfonos celulares, implantes marcapasos).

-Tejidos (son problemáticas especialmente las fibras sintéticas). -Zapatos (son problemáticos Sobre todo los que tienen tacón o hebillas metálicas). -Hebillas y botones metálicos: en cinturones, pantalones, camisas, maletines, carteras, etc.

Protegerse energéticamente

Antes de entrar a trabajar hago posturas y oraciones para protección espiritual, según mis creencias particulares. Antes de atender personas verifico si estoy calibrado (on) o no (off), lo

hago a través del test muscular Omura, en caso de que no esté calibrado entonces realizó ejercicios de integración cerebral (Brain Gym, Deswitch, EFT, Estimulaciones Bilaterales, etc.).

Alguien me decía en el chat que ya estaba haciendo constelaciones y le interesaba saber cómo protegerse energéticamente. alternativas son:

1.-Antes de una constelación o sesión terapéutica prepararse espiritualmente (encomendarse a Dios, pedir permiso para facilitar a los que vendrán a ti, protegerse, hacer alguna visualización, recurrir a un anclaje, etc.) según lo que cada facilitador crea necesario.

2.-Antes de una constelación o sesión terapéutica testearse (con test muscular kinesiológico) para saber si estamos o no equilibrados. En caso de que no lo estemos entonces hacer ejercicios para tal fin (estimulaciones bilaterales, tapping EFT, gimnasia cerebral, etc.) y volvernos a testear, hasta que la señal muscular fuerte nos diga que estamos Ion' (equilibrados).

3.-Si durante una sesión terapéutica o constelación te quieres proteger de una persona vibra negativa entonces te sugiero cruces tus brazos y/o pies, además de que pongas tus manos cubriendo tu plexo solar, que es por cierto la entrada de las emociones.

4.-Al finalizar una constelación o sesión terapéutica puedes volver a estabilizarte con respiraciones profundas, estimulaciones bilaterales, técnica 'step out', tapping EFT, Gimnasia Cerebral, etc. Ver aquí:

https://wwvv.youtube.com/watch?v=BBZziwqb_f0

5.-Al finalizar una constelación o sesión terapéutica hay que realizar lo que consideres necesario espiritualmente (agradecer al Ser Superior, asentir el resultado, etc.)

6.-Reenergetizarte bebiendo agua mineral o suero para hidratarte.

7.-Evaluar si durante la constelación o sesión terapéutica te sentiste incómoda o rara. A veces es por objetos que

interfieren la energía (metales en el lugar o en las personas, relojes, aparatos electrónicos, teléfonos, etc.).

Atacados por energías negativas

Ante la percepción o sospecha de estar siendo afectados por energías negativas, muchas personas se apresuran a "echarle la culpa" a otras personas (enemigos, vecinos, compañeros de trabajo, familiares conflictuados, etc.) y alegan que les están haciendo magia negra, que les tienen envidia, que los quieren perjudicar, quitar el puesto laboral y un largo etcétera.

No se dan cuenta que la causa de esa energía negativa, la mayor parte de las veces, está en uno mismo y no en los espejos, o sea, en el interior y no en el exterior. Y es sabido que estamos en constante interacción con el entorno, con el planeta y con el Universo, conectados en lo más profundo de nuestro interior.

La solución, por lo tanto, está más adentro de nosotros que afuera.

Dicen los antiguos que como es arriba es abajo. Y como es afuera, es adentro de nosotros, agrego yo.

¿Qué sucede que descuidamos nuestro cuerpo, mente, corazón y espíritu y entonces es más fácil culpar a los demás y a lo demás? ¿Por qué no nos responsabilizamos de la comida que comemos y que nos incorpora energía negativa? ¿Por qué no reconocemos que elegimos pensar y sentir de determinada manera? ¿Para qué omitir el tomar decisiones que sabemos que nos beneficiarán? ¿Para qué buscar entonces soluciones en un adivino, terapeuta, curandero, brujo o mago cuando tenemos el problema y la solución? El terapeuta facilitará, el mago y el brujo actuarán, el adivino adivinará o supondrá, el curandero 'curará' y dará el pescado (no importa si con ayuda de alguna entidad de otra dimensión), sin enseñarle a pescar al paciente ni permitirle curarse a sí mismo.

Lugares o cosas que nos protegen y cargan de energía

positiva:

Lugares (físicos, recordados o imaginados) como cascadas, ríos sin contaminación, el mar, manantiales, aguas termales, templos y catedrales, pirámides, lugar con crucifijo, teatro, salones de Bellas Artes, concierto de piano o música equilibrante, objetos redondos o esféricos, etc.

Lugares o cosas que nos afectan por carga energética negativa:

Panteón, lugares o vehículos donde ocurrió alguna tragedia, catástrofe o brutalidad, lugares con demasiada corriente eléctrica subterránea o interferencia electrónica de aparatos o antenas diversas, tablero ouija, casinos, bares; o conciertos de música rock, pop, banda, tecno y música desequilibrarte; museos con objetos de guerra: películas de: terror; tragedias o asesinatos; lugares esquinados u oscuros en el techo o en el suelo, objetos puntiagudos o cuadrados, sótanos, etc.

Descarga de toxinas energéticas.

Para descargar energías negativas podemos valernos de objetos neutros (no personales), como lo son: una pared de concreto, cojines, objeto de metal, sacudidas del cuerpo con, las manos y/o cerca del fuego sahumerizador, plantas, papa (patata) para absorber lo negativo que hubiera en un órgano. Agrego alternativas para descargar energía negativa (pidiéndoles permiso con el corazón): árboles, objetos de metal o madera, paredes de concreto y arena de playa.

También, algunas personas (yo, por ejemplo) escupen saliva acumulada al trabajar con algún paciente que carga algún trauma o conflicto, mientras que he visto pacientes que escupen, vomitan, gritan, golpean cojines, rompen o queman hojas, estrujan almohadas, realizan estimulaciones bilaterales enérgicas en sus rodillas, pectorales u hombros, lloran, sollozan, gimen, etc. Y los que no quieren descargar o se bloquean entonces somatizan dolores de cabeza, náuseas, debilidad muscular, entre otras.

Cuando el cuerpo: está sobrecargado de protones (cargas

eléctricas 'positivas') se tensa y estresa, por lo que es necesario descargar esto en medios donde se reciba una carga contraria ('negativa' o de electrones), por ejemplo: estando en contacto con agua (beberla, ducharse o nadar), estar cerca de una cascada o en una playa, tierra, césped, plantas, árboles, y consumir electrolitos como sal de mar o bicarbonato.

Breviario de casos y variantes

A.- MI ENFOQUE TERAPÉUTICO

Inspirándome en diversos autores y enfoques —señalados a lo largo de los dos volúmenes de esta serie de libros—, he ido integrando un enfoque plural y particular que combina elementos efectivos, que juntos derivan en efectos útiles para el consultante o para quien la practique.

A este enfoque lo podría llamar con el acrónimo **B.E.R.N.A.L.**, evidentemente porque se relaciona con mi segundo apellido. Y este acrónimo se desglosa de la siguiente manera: **B**ilateral **E**nergía **R**eprocesadora, **N**erviosa, **A**morosa y **L**úcida.

Bilateral: Se toman en cuenta las lateralizaciones izquierda y derecha, así como las polaridades de experiencias de bienestar y de malestar. Uso bastante las estimulaciones bilaterales, tanto en tapping como en movimientos oculares.

Energía: No sé si esté implicada una energía sutil; lo que sí sé es que existe piezoelectricidad generada en el tapping y energía electromagnética en corazón y cerebro relacionadas. En los primeros pasos de mis sesiones facilitadas hay un manejo sistemático de la *respiración diafragmática,* combinada con *atención plena o Mindfulness*.

Reprocesadora: Lo que se reprocesa son los recuerdos de bienestar y malestar, a través de los movimientos, posturas y visualizaciones tanto mentales como físicas. El reprocesamiento es a través de elementos de psicología energética, EMDR, PNL, Brainspotting, Gestalt y otras más.

Nerviosa: Me baso, sobre todo, en la Teoría Polivagal (Porges, 1995, 2013) para activar el nervio vago. Por otra parte, también son útiles los conocimientos de autores como Rosenberg (2017), Eden y Feinstein (2011) y Goodheart (1987) para relajar los músculos suboccipitales y prefrontales, así como relajar zonas de reflejos neurolinfáticos y neurovasculares.

Amorosa: Porque en uno de los pasos de esta técnica se toma en cuenta el corazón, en el sentido de los descubrimientos de *coherencia cardiaca* hechos por el Instituto Heartmath. Así como también la importancia del Alma para moderar las partes que hay dentro de nosotros.

Lúcida: La meta es que al final del proceso haya en el practicante una relajación, claridad mental o un darse cuenta.

B.- Técnicas canalizadas por entidades

Otros ejemplos de técnicas energéticas y vibracionales, que no necesariamente se basan en la acupuntura o los chakras, pero sí en energías aún no comprobadas científicamente son: la oración, el reiki, la sanación a distancia, ya sea a partir de la simple visualización o de la utilización de instrumentos concretos como en el caso de la radiónica y el uso de péndulos, chamanismo, etcétera.

Algunas técnicas energéticas alegan haber adquirido su conocimiento y procedimiento a través de canalizaciones de entidades espirituales, es el caso de las siguientes técnicas o enfoques: Acces Bars; Tameana; Dianética; entre otras.

C.- Interacción terapeuta-consultante

Menciona Brockman (2006): "*Cuando comenzamos las intervenciones como tapping en puntos meridianos o chakras, ¿qué me empieza a pasar? Si siento liberaciones energéticas, exhalaré muy profundamente y soltaré un suspiro. ¿Es esta la del cliente o mi propia liberación energética? Algunas veces sentiré intuitivamente que hay una contracción energética en uno de los chakras del cliente y alentaré al cliente a que continúe haciendo tapping allí hasta que se aclare. ¿Qué está sucediendo aquí? Yo digo que es la experiencia del cuerpo de ensueño. A veces siento una emoción tremendamente profunda cuando mi cliente hace*

tapping y libera la energía atrapada. Comento en voz alta que siento esta profunda tristeza o vergüenza o ira, y pregunto cuál es la experiencia del cliente. Esto siempre ha sido útil. A menudo, también es el catalizador para que los clientes reivindiquen su emoción repudiada o reprimida y la experimenten allí mismo, como si finalmente tuvieran permiso para acceder a una parte de sí mismos que habían negado".

Referencias

Brockman, Howard (2006). Dynamic Energetic Healing: Integrating Core Shamanic Practices With Energy Psychology Applications and Processwork Principles. Columbia Press LLC

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Del Río, Esther, Dra. "Por las venas corre luz. Ciencia: el agua de tu ser". Catalina Herrera: https://www.reinnoa.com/Descargas/revista

Diamond, John (1978). "Kinesiología del Comportamiento". España: Ed. Edaf

Doepp, Manfred (2021). "Dr Manfred Doepp 3 Übungen zum entswitchen!": https://www.youtube.com/watch?v=Kvbw1BdmBIw

Hanisch, Christian; Willimzig, Claudia; y LaCroix, Jacques (2020). "Emotionsync (R) y EMDR+: La revolución en el coaching y la psicoterapia". Editorial Bookas on Demand

Martínez Bernal, Juan Carlos. Técnicas Energéticas y de Integración Cerebral. Segunda edición. México, enero de 2020. Publicación independiente.

McCraty R. Science of the heart: Exploring the role of the heart in human performance. Boulder Creek: HeartMath Institute; 2015.

46.- TRABAJAR ENERGÉTICAMENTE LAS PARTES Y EL ALMA

"El contexto al cual están respondiendo los clientes generalmente se compone de nueve partes de experiencia interna y una parte de experiencia externa. De modo que cuando una conducta les parezca como bizarra o inadecuada, esa es una buena señal para indicar que gran parte del contexto de la persona a lo que está respondiendo es algo que no está a su disposición en su experiencia sensorial inmediata. Está respondiendo a alguien o a alguna otra cosa representada internamente: mamá, papá, eventos históricos, etc. Y muchas veces ocurre que esa representación interna está enteramente fuera de la conciencia".

Bandler y Grinder (1980)

Ya he escrito otras cosas sobre el trabajo de partes en mi obra de 2020 (*Otras 50 experiencias terapéuticas*) y también en el Volumen 1 de esta serie de Nuevas Rutas Terapéuticas (marzo 2023). En esta ocasión, daré a conocer nueva información que no había compartido. Porque este es un tema muy importante que cada vez toma mayor importancia para resolver casos complejos.

Algunos piensan que el trabajo de ***partes*** proviene exclusivamente de IFS. Y no es así. Ya desde la década de 1950 el Análisis Transaccional de Eric Berne señalaba que las personas tenemos en nuestro interior un padre, un niño y un adulto. Y si nos remontáramos décadas más atrás, el psicoanálisis aseguraba que estamos compuestos de Ego, Super ego y Ello.

Cuando nos referimos a **partes** de una persona estamos señalando lo que enfoques terapéuticos entienden como áreas o partes de la estructura de la personalidad de un ser humano, es decir: subpersonalidades, egos, yoes en conflicto, polaridades, fragmentos no integrados o disociados de la persona, patrones inconscientes, etcétera.

Eso sí, cada enfoque o metodología terapéutica tendrá su categorización para nombrar esas partes, así como la manera de abordarlos. La terapeuta familiar Virginia Satir tenía su técnica de "fiesta de partes" para reencuadrar las partes de sus consultantes.

En la Terapia Breve desarrollaron la "prescripción del síntoma" y el "mandamiento paradójico", basados en Milton Erickson, para reencuadrar los problemas de sus consultantes.

En Terapia Gestalt se trabaja con polaridades, las cuales al final se integrarán: lado corporal derecho/izquierdo; tristeza/alegría; consciente/inconsciente; pasado/presente; ternura/agresividad; intelecto/emoción; etcétera.

La PNL, desde finales de la década de 1970, nos menciona que, básicamente, tenemos partes conscientes y partes inconscientes que suelen entrar en conflicto, derivando en trastornos, bloqueos y conflictos, por lo que es necesario comunicarse con esa parte inconsciente desde el reconocimiento, respeto, permiso y agradecimiento por cada información que nos proporcione.

En PNL, el **reencuadre** es un modo específico de contactar la parte de la persona que está ocasionándole determinada conducta o que le está impidiendo la ocurrencia de cierta conducta deseada. Hacemos esto para descubrir cuál es la ganancia secundaria en la conducta, tomando y haciéndonos cargo de eso, como una parte integral del proceso de inducir un cambio en esa área de la conducta.

Lo crucial en el reencuadre es hacer la distinción entre la **intención de la conducta** —positiva en el sentido de satisfacer una necesidad de la persona— **y la conducta en sí**. Hecho esto

uno podrá encontrar conductas nuevas más aceptables que satisfagan la misma intención.

Una persona está haciendo algo sobre lo cual no tiene ninguna opción, una especie de conducta compulsiva que quiere cambiar por alguna otra cosa, o bien, *hay algo que le gustaría poder hacer, pero no puede*. Es entonces que podemos usar el reencuadre. Estableciendo dos pasos para esto:

1.- Identificar la conducta X, aquella que la persona desea cambiar.

2.- Establecer un canal de comunicación con la parte de la persona responsable de esta conducta X que él quiere cambiar.

Características de la parte responsable de la conducta X

1. **Tiene una intención positiva.** A pesar de que conscientemente no te gusta lo que hace o lo que no puede hacer, está tratando de hacer algo positivo para ti, por lo que una vez que detectes su intención tienes que *agradecerle* esto. Todas las partes de una persona tienen *intenciones,* u *objetivos* positivos, sin importar cuán perjudicial o destructiva sea la conducta

2. Está **disociada** de la mente consciente. Origina un conflicto entre sus deseos conscientes y algún conjunto de programas inconscientes. Lo inconsciente es mucho más poderoso y sabe mucho más acerca de sus necesidades que la mente consciente y mucho más de lo que el terapeuta pudiera saber desde afuera. Hay un desajuste, conflicto, polaridad o incongruencia, entre la parte de una persona que le obliga a hacer algo y la parte de la persona que quiere que se detenga, por ejemplo, la parte drogadicta y la parte abstemia.

3. **Es inconsciente**. Cuando alguien se siente impulsado a hacer algo compulsivo o que no quiere hacer conscientemente, asumimos que una "parte inconsciente" suya lo obliga a hacerlo. Cuando decimos "inconsciente", simplemente queremos decir que no se percata o no está

consciente de ello. También asumimos que esto es una parte de él, no *algún* demonio o ser extraño que lo maneja.

4. **Comprobación de que es inconsciente**: *¿Puedes hacer que esa sensación te ocurra conscientemente en cualquier momento que quieras?*

Si responden que no, se les comenta que es porque esa respuesta no está a disposición de ellos a un nivel consciente, sino inconsciente.

5. **Olvidos.** Las partes, como la gente, no siempre se acuerdan de los resultados o de cierta información.

6. **Negativas o rechazos.** Otra cosa que también sucede es que, en ocasiones, la parte se negará a proporcionar algo que se le pide. Quizá porque no se le da el respeto, no se le pide permiso o simplemente porque hay que convencerla de otra manera.

7. **Señales involuntarias.** Hace posibles señales que no pueden ser duplicadas por la conciencia. Es la misma pauta formal de las señales ideomotoras de los dedos. El uso de señales naturales también permite que las diferentes partes utilicen diferentes canales de salida en lugar de que todas las partes usen el mismo canal.

8. **Visualizar la parte en un brazo extendido.** Bandler y Grinder recomiendan visualizar la parte inconsciente (problemática) en un brazo y la parte consciente (la que desea hacer lo correcto) en el otro brazo, para esto hay que preguntarle al consultante dónde quiere hacer esto.

9. **Cuando se detectan varias respuestas sensoriales de varias partes**.

Garantizarles a todas las demás partes que no va a ocurrir ningún cambio conductual hasta que no se haya hecho un chequeo ecológico y se haya verificado que todas las partes aceptan la nueva conducta.

O también podría pedirles a todas esas partes que formen un comité y que escojan una sola señal sensorial de entre todas. Entonces consiguen que el comité haga saber sus necesidades colectivas a la parte creativa y así sucesivamente.

10. **Beneficios secundarios en las drogas**. Averiguar qué beneficio secundario (camaradería, relajación o lo que sea) obtiene la droga para él, sea tabaco, alcohol a alguna droga ilegal. También, las ganancias secundarias hay que buscarlas en las conductas difíciles de cambiar.

Reglas para comunicarnos con la parte responsable de la conducta X

1. **Permiso**. Antes de intentar comunicarse con la parte o de querer obtener información hay que pedirle permiso a la parte que queramos contactar.

2. **Hablarle a la parte.** Para trabajar un problema, tenemos que hablarle a la parte, no al consciente de la persona.

3. **Establecer contacto oficial con esa parte**. La pregunta que me gustaría hacerte es: "¿La parte responsable de **la conducta X** está dispuesta a comunicarse conmigo en conciencia?" y en seguida dedícate a percatarte qué ocurre; cambios de sensaciones, sentimientos, imágenes o sonidos. Es importante referirse continuamente a la misma señal sensorial.

4. **Retroalimentación sensorial.** Se le pide al consultante prestar atención a cualquier cambio que sienta en sus sensaciones corporales, cualquier cambio kinestésico, imágenes o sonidos que puedan ocurrir en respuesta a una pregunta que se le haga *a la parte*. De ninguna manera se intentará influir en esto, solamente necesita estar sensible y detectar la respuesta. La parte responsable de la conducta X va a dejar saber lo que necesita saber el consultante a través de uno de estos canales sensoriales. Es a su inconsciente a quien nos estamos dirigiendo.

Al hacer reencuadre, Bandler y Grinder recomiendan que se queden con los sistemas representacionales primarios; sensaciones, imágenes o sonidos. No se preocupen de las palabras porque son demasiado susceptibles de convertirse en

interferencias conscientes.

5. **Respeto**. En todo momento hay que dirigirnos con respeto a esa parte.

6. **Agradecer.** Cada que la parte nos proporcione su intención positiva, una señal sensorial, una intuición o un pensamiento como respuesta a lo que le preguntamos hay que agradecerle, puede hacerlo el consultante, el terapeuta o ambos.

7. **Aliarse con la parte.** En forma verbal y explícita le dicen: «*Mira, no le estoy hablando a tu mente consciente. Le estoy hablando a la parte tuya responsable de esta conducta. Es la que maneja el show. Yo voy a hacer las veces de consultor nada más*».

8.- **Establecer parámetros intensificar/disminuir para entender las respuestas sensoriales de la parte.** Una vez que el consultante agradece a la parte por su respuesta sensorial, por ejemplo, una **sensación de presión** en el estómago, se le pide que le diga a la parte: "*Me gustaría muchísimo entender tu comunicación y a manera de no entender mal lo que estás diciendo, si me dices que estás dispuesto a comunicarte conmigo en conciencia, por favor intensifica la misma señal que me diste antes; la sensación de presión en el estómago. Si lo que quieres decir es: 'No, no estás dispuesto a comunicarte conmigo en conciencia', haz lo contrario y disminuye la respuesta de sensación de presión en el estómago*".

Si la señal de respuesta de la parte hubiera sido una **imagen**, se le hubiera pedido a la parte que variara la amplitud de la señal. O sea, podríamos hacer que se hiciera más brillante indicando «sí» y más oscura para el «no». Si hubiera sido un **sonido**, podríamos haberle pedido que aumentara el volumen para «sí» y que disminuyera el volumen para «no». De esta manera se evita el riesgo de malinterpretar conscientemente el significado de las diversas señales internas kinestésicas visuales o auditivas.

Con esto, ya le podemos formular a esta parte particular cualquier pregunta y obtener una respuesta de tipo: sí/no que

no genere confusión.

Si antes de comenzar una comunicación deciden la señal de lo que va a constituir una respuesta "válida", entonces la probabilidad de que lo obtengan se reduce drásticamente; es decir, no presuponer.

9. **Verificar objeciones**. Cada vez que se detecte una respuesta sensorial, el consultante tiene que agradecerle a la parte y luego preguntarle: *¿Hay alguna objeción?* Recordándole el sistema establecido para el sí/no: amplificar/disminuir la señal sensorial, respectivamente. Si hubiera habido una objeción en este momento, sencillamente significa volver al paso anterior. Si no hay objeción, se verifica otra señal sensorial. Y cuando ya no haya objeciones pues seguir con el paso siguiente.

10. **Distinguir entre la conducta X y la intención de la parte responsable de esa conducta.** Pedir al consultante que en su interior pregunte a la parte "¿Estarías dispuesta a dejarme saber concretamente qué estás tratando de hacer para mí mediante esta conducta X?". Entonces, que espere una señal sensorial de "sí" o "no". Mientras tanto, el terapeuta observa el lenguaje no verbal del consultante.

11. **Evaluar si ya hay congruencia entre la intención de la parte inconsciente y la aceptación que hace de ello la parte consciente.**

Se le pregunta al consultante: *¿Te gustaría que una parte tuya se hiciera responsable de ese asunto en esa forma, a pesar de que el método específico no te es demasiado aceptable? Puede que no te guste el modo como hace X, ¿pero estás de acuerdo que la intención es algo que quisieras que una parte tuya hiciera*?

Si la parte inconsciente no quiere revelar la intención, diremos algo así: «*A pesar de que X es una conducta que conscientemente quieres cambiar, ¿estás dispuesto a creer que es una parte bien intencionada inconsciente y lo que está tratando de obtener de ti, haciéndote hacer X, es algo que va en favor tuyo integralmente como persona?».* Si estás dispuesta a aceptar eso, mantengamos todo el contenido inconsciente diciendo: «*Muy bien, y confío que eres bien intencionada, no*

necesito revisar o evaluar tus intenciones porque parto de la base de que estás operando en favor de mis intereses». Y ahí seguiríamos directamente con el siguiente paso.

12. **Crear algunas nuevas alternativas de esta conducta X que sean más exitosas para obtener la intención y eso aún le permite a la conciencia obtener exactamente lo que quiere**. Lo que vamos a hacer es mantener la intención, el resultado constante y vamos a variar los modos de lograr el resultado hasta que obtengamos una manera mejor de lograr el resultado. Modos que no entran en conflicto con las demás partes del consultante.

Quiero que te metas adentro y le preguntes a tu ***parte creativa*** si estaría dispuesta a realizar para ti la siguiente tarea. Primero te voy a explicar antes de que lo hagas.

Pídele que se vaya al nivel inconsciente donde está esa parte que dirige esa conducta X y descubra qué está tratando de hacer esa parte para ti. En seguida, hazla crear modos alternativos mediante los cuales podrías lograr esa misma intención. Te va a fabricar diez, veinte o mil modos de obtener el mismo resultado y va a ser bastante irresponsable en esto. Sencillamente va a generar una cantidad enorme de modos posibles para que obtengas el mismo resultado sin tener que evaluar cuáles van a funcionar realmente. ***Ahora, a partir de la multitud de cosas que va a ofrecer esa parte tuya que está gobernando la conducta X, va a evaluar cuál de esos modos cree que son más efectivos que la conducta X para obtener lo que antes estaba tratando de obtener para ti y va a tener que seleccionar por lo menos tres modos que cree van a funcionar por lo menos tan efectivamente y ojalá más efectivamente que la conducta que hasta ahora estaba usando para lograr esa intención.***

Métete para adentro y pregúntale a tu parte creativa si está dispuesta a hacer eso. Cuando te diga que sí, entonces dile que prosiga. Y me gustaría que esa parte tuya te notificara que ha aceptado cada una de las alternativas nuevas dándote una sensación, esa sensación que significaba «sí», la señal que habíamos establecido antes. ***Puede que estés consciente o no***

de cuáles son las nuevas alternativas; en todo caso para nuestros objetivos acá es irrelevante.

Ándate para adentro y pregunta si alguna de estas alternativas que te fueron presentadas constituyen opciones aceptables.

¿Alguna de ellas es una conducta más efectiva que X para conseguir lo que quieres?

A algunos de ustedes les gusta darles consejos a sus clientes. Cada vez que ofrecen consejo va a ser menos efectivo que si los hacen meterse dentro de sí mismos con las instrucciones adecuadas sobre sus propios recursos, para que desarrollen sus propios modos alternativos.

Cuando una parte no quiere que la mente consciente sepa lo que está ocurriendo porque cree que ésta no será capaz de manejar la información y puede que tenga razón como puede que no la tenga. A veces se puede hacer un trato con una parte de ellas para permitir que la mente consciente lentamente se dé cuenta de algo, pero de a poco, para descubrir si la mente consciente puede o no soportarlo.

Si la parte del consultante hubiera dicho que no estaba dispuesta a informar a su mente consciente cuál era la intención, simplemente hubiéramos seguido adelante, porque no es relevante. Le hubiéramos dicho a la parte que siguiera adelante directamente a su parte creativa para obtener nuevas alternativas.

¿Y cómo sabe que tiene las 3 alternativas?

El consultante recibe una señal de su inconsciente, por ejemplo, una sensación kinestésica intensa de relajación.

13. **Asegurarse que las nuevas alternativas realmente ocurran en su conducta.** Utilizando el mismo sistema de señales quisiéramos preguntarle a esta parte: "Ya que tienes tres modos más efectivos que la antigua configuración X ¿te harías responsable de que estas nuevas alternativas realmente ocurran en tu conducta en el contexto adecuado?". Y ahora sabes que el «sí» es una intensificación y el «no» es una disminución. ¿Es

verdad esto?

Vuélvete para adentro y pregúntale a la parte si está de acuerdo que estas alternativas van a funcionar efectivamente con la conducta X.

Ahora pregúntale a la parte si estaría dispuesta a aceptar tomar la responsabilidad de generar estas tres alternativas —en lugar de esa conducta X— digamos por un tiempo de unas seis semanas, para ensayarlas.

14. **Integración.** Asegurarse que las dos partes (consciente e inconsciente) reconozcan y aprecien sus mutuas intenciones positivas. Luego, facilitar que se integren en un colapsamiento de anclajes de la manera creativa que use el terapeuta: un aplauso; un saludo de manos; acercamiento paulatino de las manos; cruzar los brazos a la altura del corazón; caricias o masajes entre ambos antebrazos y manos; etcétera. En caso de usar un material en las manos se puede fusionar o juntar al momento de la integración: plastilina, pelotitas, muñequitos, etc. Después de la integración, será más fácil solicitarle alternativas de conducta a la parte inconsciente.

15.- **Chequeo ecológico.** Para Bandler y Grinder, hacer un cambio en la conducta X, sin tomar en cuenta las repercusiones o ganancias secundarias en las demás partes de su experiencia y su conducta, sería una torpeza.

Hay que agradecer a esta parte por todo el trabajo que ha hecho. Ha obtenido lo que necesitaba y ya está satisfecha con eso. Ahora queremos descubrir cualquier otra parte que tenga impedimentos a este proceso. Pregúntate: "*¿Hay alguna otra parte mía que tiene una objeción a estas nuevas alternativas que van a ocurrir?".*

Luego, pon atención a respuestas provenientes de cualquier sistema sensorial: sensación, imágenes o sonidos.

Para estar seguro, para chequear la congruencia, agradece cualquier parte que hubiera sido la responsable de que se te relajara el cuerpo, y luego dile: «Si esto significa que no

hay objeción, relájame aún más y si hay alguna objeción permite que ocurra la tensión». Lo único que estamos haciendo es recalcando la señal de «sí» o «no». Es totalmente arbitrario el que hayamos hecho que «sí» fuera aumentar y «no» disminución o a la inversa, no importa.

Por lo general mantenemos el primer conjunto de tres alternativas constantes y le pedimos a cualquier parte que tenga *objeciones*, que encuentre modos alternativos de hacer lo que tiene que hacer sin interferir con el primer conjunto de alternativas.

Pero también podrían pedirles a las dos partes que se constituyan en una comisión y que vayan a la parte creativa y seleccionen nuevas alternativas aceptables a ambos.

Si su conducta vuelve atrás, es sencillamente señal de que los nuevos tipos de conducta no eran tan efectivos para obtener algo como la antigua pauta de conducta y nada más. Entonces deberá rehacer el proceso ***y descubrir cuál era la ganancia secundaria que estaba involucrada en todo esto*** y crea un nuevo modo de ocuparse de eso también.

Cuando el síntoma se identifica como una señal —y no como un fracaso—, el consultante comienza a prestarle atención como un mensaje. A veces, un dolor de cabeza está disparando la instrucción de que las negociaciones con las partes no fueron adecuadas. Lo que puede hacer entonces la persona, es meterse adentro y preguntar: "¿Quién está infeliz con esto? ¿Qué es lo que significa esto?". Si una parte le responde: «Lo que pasa es que no te estás parando en tus propios pies como prometiste». Entonces, el consultante se ve abocado a la simple elección de tener la jaqueca o cumplir con lo que se había comprometido a hacer.

Cuando la parte no se quiere comunicar:

16. **Verificar filtros**. Verificar si hay otra parte que protege o impide la comunicación con la otra parte.

17. **Ofrecerle una disculpa** a la parte por haber estado peleando y dificultarle las cosas a que esta parte haga lo que está tratando de hacer por ellos.

Esquema del reencuadre, según Bandler y Grinder (1980):

1. Identifiquen la conducta (X) que será cambiada.

2. Establezcan comunicación con la parte responsable de esa conducta.

a. “¿La parte mía que gobierna la configuración X está dispuesta a comunicarse conmigo en conciencia?”.

b. Establezcan el significado ”sí-no” de la señal.

3. Distingan entre la conducta la configuración o pauta X y la intención de la parte responsable de esa conducta.

a. “¿Estarías dispuesta a hacerme saber en conciencia qué estás tratando de hacer para mí mediante la conducta X?”.

b. Si obtienes una respuesta “sí», pídele a la parte que prosiga y que comunique su intención.

c. ¿Esa intención te es aceptable en conciencia?

4. Creen nuevas alternativas de conducta para satisfacer la intención. Al nivel inconsciente la parte que dirige la configuración X, comunica su intención a la parte creativa y selecciona entre todas las alternativas que genera la parte creativa y cada vez que selecciona una alternativa emite una señal “sí”.

5. Pregúntenle a la parte: “¿Estás dispuestas a hacerte responsable de generar tres nuevas alternativas en el contexto adecuado?”.

6. Chequeo ecológico. “¿Hay alguna otra parte mía que tiene objeciones a las tres nuevas alternativas?”. Si hay una respuesta “sí”, entonces reciclen desde el paso número dos.

Por otra parte, los Andreas (Connirae y Steve) han desarrollado varias técnicas de reencuadre que pueden consultar

en sus libros. Recomiendo ampliamente sus libros “Corazón de la Mente” y “Transformación Esencial”, donde explican casos y procedimientos incluso con aspectos transpersonales y espirituales.

A la fecha, el trabajo más refinado y exitoso que se hace con las partes es a través de la metodología de **IFS** (*Internal Family System*) o Sistema de Familia Interna, desarrollado principalmente por Richard Schwartz desde la década de 1990.

Autosabotaje psicológico

“En un estudio citado en el libro del profesor emérito de Harvard Gerald Zaltman, ‘Cómo piensan los clientes’, la neurociencia revela que al menos el 95% de nuestros pensamientos y decisiones se originan en el nivel subconsciente de la mente. Eso deja un porcentaje muy pequeño de nuestra capacidad de toma de decisiones para que la mente consciente la ejercite. La mente consciente procesa la información a una velocidad aproximada de 40 bits de información por segundo. Mientras que la mente subconsciente procesa aproximadamente 40 millones de bits de información por segundo”.

Jeffrey L. Fannin, Ph.D. y Robert M. Williams, MA

El **Revés Psicológico** es un concepto acuñado primeramente por el Dr. Roger Callahan en su Terapia del Campo de Pensamiento (TFT), que es un precursor del EFT, y aquel término sería parecido a lo que en psicoterapia se conoce como “***ganancia o beneficio secundario***”. Otras maneras de considerarlo son: “reverso psicológico”, “auto-sabotaje”, “polaridad energética invertida”, o “inversión psicológica”. Luego, el término fue retomado por sus alumnos quienes crearon derivados de la psicología energética, destacando Gary Craig con el EFT.

Ocurre un autosabotaje cuando una persona dice que quiere una cosa, su consciente quiere aquello, pero realmente su inconsciente quiere lo contrario. Su inconsciente no está de acuerdo con su consciente. Hay una incongruencia.

En los consultantes que no responden a los tratamientos, hay que averiguar si tienen un autosabotaje referido a su trastorno, trauma o enfermedad, ya que son personas que realmente no quieren estar bien. Inconscientemente se refugian en su enfermedad por un problema emocional como, por ejemplo, falta de afecto, soledad, sentimiento de inferioridad, aburrimiento, etc.

Si se le hiciera una prueba de verificación muscular al cuerpo de la persona con revés psicológico daría débil al *testar* (probar con kinesiología) frases como "*Quiero estar sano*". Es que a nivel inconsciente aún hay cosas que sabotearán la voluntad consciente, incluyendo egos negativos y/o ganancias secundarias.

El revés psicológico se hace evidente cuando un tratamiento X psicoterapéutico no funciona (incluso el EFT) o funciona solamente un cierto tiempo y luego la persona recae en el mismo problema o trastorno.

La fuerza de voluntad no funciona en el revés psicológico, ya que la fuerza de voluntad solamente reprime las causas y desgasta la energía de la persona, siendo vulnerables de recaer ante casi cualquier situación estresante o adversa. Quien aún usa la fuerza de voluntad para ignorar intelectualmente un problema, adicción, miseria económica, patrones negativos en relaciones humanas, dolor crónico o una tentación en realidad está comprobando —lo sepa o no— que no ha resuelto la causa subyacente del problema o adicción. Lo cual le ocasiona conflictos a la persona por lo que piensa —voluntad para no ceder— y lo que siente —instintos y sentimientos—.

Un posible mecanismo que subyace al fenómeno parece operar en el nivel perceptivo mediante el cual los datos sensoriales se malinterpretan, produciendo un afecto o emoción opuesto o incongruente al que normalmente se experimenta, de modo que la terapia o las intenciones expresadas por el individuo no pueden ser metabolizadas o asimiladas por el sistema cuando el flujo de energía está en un polo electromagnético invertido u opuesto, hipótesis que aún no ha sido verificada científicamente.

La presencia de la reversión se puede corroborar aún más probando kinesiológicamente un músculo indicador mientras el consultante dice: "*Quiero superar este problema*". Si el músculo indicador da una prueba "débil" en esta declaración, es probable que haya una reversión. Para verificar más, el músculo se prueba nuevamente mientras el cliente dice: "*Quiero seguir teniendo este problema*". En el último caso, la presencia de inversión se indica si el músculo prueba "fuerte". En lugar de usar el término genérico problema, podría preferirse una afirmación más específica (p. ej., trauma, miedo a volar, depresión, etc.).

Debe enfatizarse que la prueba de reversión no debe interpretarse demasiado literalmente. Es decir, la presencia de reversión no significa realmente que el cliente quiera seguir teniendo su problema. El propósito de la declaración es probar la presencia de reversión solamente. Si bien algunos pueden interpretar que la reversión significa que el cliente inconscientemente quiere tener el problema o está en conflicto sobre el logro de la meta expresada, la posición de Callahan está en desacuerdo con estos puntos de vista. Más bien, la reversión ocurre principalmente a nivel de energía y resulta en el bloqueo del cambio positivo.

Callahan aprendió que los efectos terapéuticos de la afirmación podrían mejorarse abordando físicamente ciertos aspectos del sistema energético al mismo tiempo. A este respecto, descubrió que era especialmente útil que el paciente estimulara el meridiano del intestino delgado (ID) golpeando el lado del dedo meñique de una mano en el acupunto 3ID (intestino delgado 3, conocido como PK o punto Kárate), mientras simultáneamente afirmaba o pensaba en la declaración de autoaceptación tres veces.

Callahan descubrió además que hacer que el consultante masajeara vigorosamente un *reflejo neurolinfático intercostal* sensible en el lado izquierdo del tórax mientras decía la afirmación funcionaba particularmente bien, especialmente en casos de reversión recurrente y reversión psicológica masiva. Este reflejo está asociado con el sistema linfático y suele ser sensible o doloroso. Está ubicado entre la segunda y la tercera costilla, lejos del esternón, en el lado izquierdo del tórax.

Por lo que **Callahan plantea la hipótesis de que el**

enfoque del *reflejo neurolinfático* para tratar la reversión funciona drenando las toxinas del sistema de la persona y que ciertos niveles de toxinas generalmente, si no invariablemente, están asociados con la reversión psicológica.

Hartmann (2001) afirma que el *Revés psicológico* está presente en el 90% de las adicciones, depresiones y enfermedades degenerativas (SIDA, cáncer, etcétera).

Si encuentra que los tratamientos no están funcionando o que el cliente se "*resiste*" de cualquier forma o forma, es posible que deba abordar algunas de las siguientes consideraciones desde el principio:

1 · *Cuestiones de identidad*: dejaría de ser Yo sin el problema; Tendría que convertirme en otra persona sin el problema, el problema es una parte de mi (véase también relación con el problema).

2 · *Cuestiones de merecimiento, permiso, posibilidad*: no merezco superar este problema; es imposible superar este problema, no se me permite superar este problema y así sucesivamente.

3 · *Relación con el problema*: necesito este problema, amo mi problema, confío en mi problema, tengo miedo de perder mi problema.

4 · *Miedo al cambio y al no cambio*: No puedo imaginar la vida sin el problema, habrá más problemas si suelto este problema, si lo intentamos y fallamos esta vez, será peor que ni siquiera haberlo intentado, etc.

5 · *Miedos al proceso*: Tengo miedo de lo que pueda descubrir sobre mí mismo si trabajamos en el problema, No quiero saber nada del problema, No quiero enfrentar el problema, Tengo miedo del dolor emocional que el tratamiento podría causarme.

En general, cuando se enfrenta a un problema que no se

mueve, siempre es útil preguntarse en primer lugar: "¿Qué pasaría si este problema ya no existiera?"

1. *Qué tienes o qué ha sucedido para que haya surgido el problema*. Por ejemplo: eventos y decisiones traumáticos, emociones negativas como miedo, terror; expectativas de fracaso y de malos resultados, cosas malas que te dijeron y siempre recuerdas, creencias sobre defectos genéticos o de carácter, y más.

2. *Recursos que no tienes, pero necesitas para poder hacer frente a estas situaciones*. Por ejemplo: fuerza y coraje, talento, creatividad, inteligencia, buena apariencia, el origen étnico correcto, el género correcto, las conexiones correctas, suerte, el apoyo de Dios o incluso el estado de éxitos de tu pasado.

Autosabotaje del merecimiento (Gallo, 1994b). En este, el adicto, avergonzado o con sentimiento de culpa parece creer profundamente que no vale la pena y que no merece superar su adicción/culpa/vergüenza. En otras palabras, el consultante puede creer que merece ser adicto, tener un trauma o trastorno. Este nivel de reversión se puede tratar de manera efectiva haciendo que el paciente toque debajo del labio inferior (un punto energético del *vaso central*) mientras dice tres veces: "*Me acepto profundamente incluso si (o aunque) no merezco superar este problema* (p. ej., mi adicción a la cocaína, problema con el alcohol, etc.)."

Autosabotaje de la privación (Durlacher, 1997, citado por Gallo). Aquí, la persona adicta experimenta una sensación de privación si no puede usar la sustancia y, por lo tanto, disminuirá su convicción de permanecer sin consumir alcohol, tabaco, drogas, golosinas, juegos de casino, etcétera. Este autosabotaje se puede diagnosticar mediante pruebas musculares kinesiológicas. El tratamiento consiste en hacer tapping en el punto intestino delgado-3 (el punto 3ID, también llamado PK o Punto Kárate) mientras se dice tres veces: "*Me acepto profundamente, aunque me sentiré privado si supero este problema*".

***Autosabotaje de intervención*:** La mini reversión psicológica es evidente cuando el progreso del tratamiento se

detiene o se estanca. Es decir, si un cliente reporta unidades subjetivas de angustia de 10, que desciende a 5 después de la secuencia apropiada de puntos de acupuntura meridianos y permanece en 5 incluso con el tratamiento continuo, es probable que se presente una mini reversión. Esta reversión se puede evaluar aún más probando el músculo indicador mientras el cliente dice: "Quiero estar completamente en este problema (p. ej., trauma, fobia, etc.)" vs. "Quiero seguir teniendo (o mantener) algunos de este problema." Si el músculo indicador es "fuerte" en el segundo y "débil" en el primero, se corrobora la mini reversión. Pero, de nuevo, esto no se interpreta necesariamente como que el cliente realmente quiera quedarse con parte del problema.

El tratamiento para la mini reversión implica nuevamente la combinación de una afirmación con tapping en un punto meridiano. Se le pide al cliente que golpee continuamente con un golpe de kárate en el lado del dedo meñique de la mano mientras dice tres veces: "Me acepto profundamente a mí mismo, aunque todavía tengo algo de este problema". Después de proporcionar este tratamiento, la presencia de mini reversión puede evaluarse nuevamente repitiendo la prueba muscular.

Reversión psicológica de nivel profundo: El diagnóstico de este nivel implica probar el músculo indicador mientras el cliente hace la declaración: "*Yo superaré este problema* (p. ej., trauma, fobia, etc.)" contra "*Yo seguiré teniendo este problema*".

El tratamiento para esta reversión consiste en hacer que el cliente haga *tapping* continuamente debajo de su nariz mientras afirma: "*Me acepto profundamente si nunca supero este problema*." Alternativamente, una declaración aún más fuerte, puede ser: "*Me acepto profundamente a mí mismo, aunque nunca supere este problema*."

Reversión psicológica masiva: Cuando es masiva o generalizada, la reversión atraviesa contextos y afecta muchas áreas de la vida de una persona. Su presencia se corrobora de dos maneras, además de la observación clínica de que el problema del cliente tiende a ser crónico y multifacético.

Una prueba muscular implica que el cliente coloque la palma de su mano en la parte superior de la cabeza en comparación con el dorso de la mano en la parte superior de la cabeza mientras se prueba el músculo indicador. Si el músculo indicador es relativamente "débil" cuando la palma de la mano está sobre la cabeza y relativamente "fuerte" cuando el dorso de la mano está sobre la cabeza, es probable que se presente una reversión masiva. El individuo normalmente organizado, en cambio, evidencia un músculo indicador “fuerte” con la palma hacia abajo y un músculo indicador “débil” con la palma hacia arriba. Se supone que la razón de este fenómeno, y lo contrario en el caso de una inversión masiva, es una función de la polaridad electromagnética, de modo que el dorso de la mano y la parte superior de la cabeza tienen cargas positivas. Dada la organización normal, el flujo electromagnético tiene la misma dirección cuando la *palma* de la mano se coloca por encima de la cabeza, mientras que los polos se repelen cuando el *dorso* de la mano se coloca por encima de la cabeza. En el caso de una inversión masiva, los polos se invierten, lo que explica la respuesta inversa.

Incluso si la prueba anterior sugiere la presencia de una reversión masiva, se deben realizar más pruebas. Después de asegurar un músculo indicador fuerte, el terapeuta compara la fuerza relativa del músculo indicador mientras el cliente hace las siguientes afirmaciones opuestas: “*Quiero ser feliz* (o tener una vida feliz)” contra “*Quiero ser miserable* (o tener una vida miserable)”. La "debilidad" en el primero y la "fortaleza" en el segundo es indicativo de una reversión masiva. Nuevamente, si el cliente prueba que tiene una reversión masiva, esto no debe interpretarse como que el cliente quiere tener una vida miserable.

Es posible que una reversión específica se vuelva visible una vez que se haya corregido la reversión masiva. En tal caso, el terapeuta corrige la reversión específica antes de iniciar el tratamiento.

A continuación, se incluye una descripción de cada uno de los puntos de tratamiento en las reversiones o autosabotajes.

Puntos energéticos principales:

1. El punto ***al lado del dedo meñique*** de la mano es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del intestino delgado (ID3), ubicado en el borde cubital de la mano en el pliegue de la palma cuando se cierra el puño. Este punto de acupuntura está aproximadamente a 1 pulgada por debajo del pliegue donde el dedo meñique se encuentra con la mano. Este punto, también conocido como PK o Punto Kárate, es relevante en el tratamiento de la reversión psicológica, así como de los sentimientos de tristeza.

2. ***Zona dolorida*** (Reflejo neurolinfático ubicado entre 2ª y 3ª costilla del lado izquierdo). Esta zona puede ser frotada en sentido anti-reloj (giros hacia la izquierda) o bilateralmente por medio del abrazo mariposa.

Puntos energéticos alternativos a estimular:

3. El ***punto gama*** es el tercer punto de acupuntura en el meridiano triple calentador (3TC), ubicado en la superficie dorsal de la mano y en el lado cubital de la cabeza del cuarto metacarpiano.

Se localiza fácilmente haciendo un puño con cualquiera de las manos y observando la hendidura entre el nudillo del dedo meñique y el nudillo del dedo anular en el dorso de la mano. Punto importante en el tratamiento de la depresión, la soledad, la desesperación y el dolor físico y como un aspecto de los tratamientos de nueve gamas en TFT de Callahan.

4. El punto del ***pulgar*** es el undécimo o último punto de acupuntura en el meridiano del pulmón (LU-11), ubicado en la cara interna (punto radial) de la uña de cualquiera de los pulgares. A menudo he encontrado relevante este punto de tratamiento en el tratamiento de problemas emocionales como el desdén y la intolerancia, además de la obsesión y el trastorno obsesivo-compulsivo.

5. El punto del ***dedo índice*** es el primer punto de acupuntura en el meridiano del intestino grueso (1IG), ubicado en la cara interna de la uña de cualquiera de los dedos índices.

Nuevamente, frente a la palma de la mano, el lado de la uña del índice más cercano al pulgar es donde se encuentra el punto, la esquina de la uña donde se encuentra con la cutícula. Este punto de tratamiento suele ser importante para aliviar los sentimientos de culpa y, desde el punto de vista del diagnóstico, suele presentarse cuando hay una toxina energética.

6. El punto del ***dedo medio*** es el último o noveno punto de acupuntura en el meridiano circulación-sexo o pericardio (9PC), ubicado en la cara interna de la uña del tercer dedo. Ha sido importante en el tratamiento de los celos, el arrepentimiento, los problemas relacionados con el sexo y las alergias de tipo inhalante.

7. El punto del ***dedo meñique*** es el último o noveno punto de acupuntura en el meridiano del corazón (Ht-9), ubicado en la cara interna de la uña del quinto dedo o meñique. Estos puntos se ubican mirando el dorso de cualquiera de las manos, observando el aspecto interior de la uña del dedo meñique, donde la uña se encuentra con la cutícula en el lado que mira hacia el dedo anular o anular. El punto es frecuentemente importante en el tratamiento de la ira.

8. El punto ***debajo del ojo*** es el primer punto de acupuntura en el meridiano del estómago (1E), ubicado en la órbita ósea o *muesca junto a un huesito* directamente debajo del centro de la pupila cuando los ojos están enfocados al frente. Este punto es importante en el tratamiento de la ansiedad, los impulsos adictivos y los sentimientos de privación o abstinencia.

9. El punto ***al lado del ojo*** es el primer punto de acupuntura en el meridiano de la vesícula biliar (VB1). Está localizado a medio centímetro al canto lateral de la cuenca del ojo. Importante en el tratamiento de la ira y puede ser relevante en el tratamiento de la infelicidad general.

10. El punto ***al lado de la ceja*** es el segundo punto de acupuntura en el meridiano de la vejiga (V2), ubicado al comienzo de cada ceja en el puente de la nariz. Entre las condiciones que se tratan con este punto se incluyen la inquietud, la impaciencia, la frustración y el trauma.

11. El punto ***debajo del brazo o de la axila*** es el punto

de acupuntura 21 o último en lo que se conoce como el meridiano del bazo o páncreas (21B), ubicado en el tórax lateral al nivel del sexto intercostal (entre costillas) espacio en la línea axilar media, aproximadamente 4 pulgadas debajo de cada axila. Los hombres pueden ubicar fácilmente este punto colocando una mano sobre el pezón del seno y deslizándola hacia el mismo nivel debajo de la axila. Las mujeres pueden ubicar este punto ya que es aproximadamente donde la correa inferior de un sostén se encuentra con el costado debajo de la axila. Punto relevante cuando se trata la ansiedad y los impulsos adictivos.

12. El punto ***bajo la clavícula*** es el último punto de acupuntura o el 27 en el meridiano del riñón (R27), ubicado en la unión de la primera costilla, entre la clavícula y el esternón. Este punto se localiza fácilmente colocando el dedo en la muesca sobre el esternón, moviendo el dedo hacia abajo del esternón aproximadamente 1 pulgada y luego perpendicular a la derecha o a la izquierda 1 pulgada, debajo de la clavícula. Importante en el tratamiento de miedos, inseguridades y bloqueos.

13. El punto ***debajo de la nariz*** es el punto de acupuntura (VG27), en la unión del surco nasolabial y el labio superior, directamente debajo de la nariz. Este punto es relevante en la corrección de la reversión psicológica *de nivel profundo* y, a menudo, ha demostrado ser beneficioso en el tratamiento de la congestión nasal y la vergüenza.

14. El punto **debajo del labio inferior** es el punto de acupuntura número 24 en el vaso central o de concepción (VG24), en la depresión entre el labio inferior y el mentón. A menudo ha sido beneficioso para aliviar los sentimientos de vergüenza.

Probar y corregir reversiones

En raras ocasiones, el cliente resultará *fuerte* o *débil* en los *tests* kinesiológicos tanto para afirmaciones positivas como para afirmaciones negativas (es decir, fuerte o débil tanto para "*Quiero superar este problema*" como para "*Quiero seguir*

teniendo este problema"). Asumiendo que el consultante no está *desorganizado neurológicamente* en ese momento y el examinador ha podido calibrar la respuesta del músculo indicador a otras condiciones o afirmaciones (p. ej., el nombre correcto del sujeto en comparación con el nombre incorrecto) también es indicativo de reversión psicológica.

Cuando el indicador es fuerte para "*Quiero mantener este problema*" y débil para "*Quiero superar este problema*", una frase de tratamiento alternativa podría ser "*A pesar de este cambio de actitud sobre mi problema, me amo profundamente*", o terminar la frase así: *…me acepto y me respeto a mí mismo.*"

Cuando el indicador es fuerte o débil tanto para "Quiero mantener este problema" como para "*Quiero superar este problema*", una frase de tratamiento alternativa podría ser "*A pesar de este conflicto de actitud sobre mi problema, estoy profunda y profundamente amarme, aceptarme y respetarme*".

En resumen, para cada uno de los tipos de autosabotaje o reversiones, se recomienda que el terapeuta debe probar pares opuestos de cada una de las frases de prueba. Por ejemplo, "*Merezco superar este problema*" frente a "*No merezco superar este problema*". En la mayoría de los casos, bastará con estimular con *tapping*, masaje o acupresión los siguientes puntos energéticos: Punto Kárate (3IG), Zona dolorida (Reflejo neurolinfático entre 2ª y 3ª costilla del lado izquierdo) mientras se recita la frase a trabajar. Otros puntos energéticos alternativos son: debajo de la nariz (27VG); Punto Gama (3TC); al lado interior de la uña de los *dedos de la mano*: pulgar, índice, medio y meñique; alrededor de los ojos (al lado y debajo); al lado interno de las cejas; debajo de la axila; bajo la clavícula; bajo la nariz; y bajo la boca.

EFT y el trabajo con partes

A Silvia Hartmann (2001), en un caso de conflicto hija-madre que estaba estancado, se le ocurrió hacer tapping en ambas caras del argumento por turnos: "Odio a mi madre" y "Amo a mi madre". Es decir, una frase trabajada con tapping EFT era: "A pesar de que ***odio*** a mi madre, me acepto totalmente como soy". Mientras que la otra frase era: "A pesar de que ***amo*** a mi madre, me acepto totalmente como soy". Refiere Hartmann

que esto resolvió el conflicto en la consultante hija. Señala que "*la consultante se suavizó, dio un enorme suspiro de liberación que acabó convirtiéndose en un largo bostezo y describió una intensa sensación de paz, la cual le había eludido durante muchos, muchos años*".

Desde entonces, Hartmann usa tapping en "las dos caras de la moneda" como norma, simplemente para asegurarse, cuando hay un sentimiento de conflicto como una depresión, un sentimiento de bloqueo o de estancamiento, comportamientos que aparecen y desaparecen cíclicamente primero en un extremo y luego en otro, y especialmente en el tratamiento de adicciones.

Afirma Hartmann: *"Nosotros no buscamos disminuir el miedo lo suficiente para que la persona pueda 'obligarse' a hacer algo en absoluto, buscamos eliminar completamente la resistencia interna de manera que la persona QUIERA hacer la cosa que le había causado problemas en el pasado".*

O sea, para los practicantes de EFT, la ***fuerza de voluntad*** es una herramienta de diagnóstico que te dice que todavía no has acabado de solucionar el asunto en particular con el que estás trabajando. *Si todavía tienes que usarla, no importa lo sutilmente que sea, quiere decir que el problema todavía no está resuelto del todo. Es decir, la parte consciente todavía está luchando con una parte inconsciente.*

Darse cuenta de cómo abusamos de la fuerza de voluntad cada día de múltiples formas para obligarte a hacer cosas en contra de ti mismo, nos tiene que llevar a empezar a preguntarnos cómo se podrían resolver esos conflictos internos.

Cuando te tratas a ti mismo con EFT, las cosas que previamente te asustaban se convierten en cosas divertidas de hacer. No es suficiente "no temer más". Hay un reino más allá en el que podemos deleitarnos con nuestras actividades, nuestro cuerpo, nuestra salud, nuestro trabajo y nuestra vida.

Una manera útil que he encontrado para manejar esto es hacer tapping cada día durante una semana más o menos con "Aunque no quiero (dejar esta adicción, perder peso, dejar de

fumar, ponerme en forma) me acepto completa y profundamente".

Con los comportamientos adictivos en particular, hay involucrados aspectos o partes de ***auto identidad***. Muchas veces, hacer un poco de trabajo previo antes de empezar con la verdadera adicción en sí misma es una manera muy ecológica de abordarlo. "¿Cómo me siento al tener este problema?" y preguntas de esta naturaleza, en general también limpiarán el camino hacia un tratamiento exitoso.

Por otra parte, tanto en EFT como en otros abordajes (Brainspotting, EMDR, entre otros) se trabaja de manera particular ***los aspectos asociados a cada parte***: imágenes, sonidos, voces, creencias, conductas, frases, anclajes, brainspots, sensaciones-sentidas, etcétera.

Reimpronta matricial de Dawson: las partes energéticas

La *Reimpronta Matricial* (Matrix Reimprinting) fue creada por Karl Dawson a principios de la década del 2000, quien en ese entonces era uno de los 29 Maestros de EFT certificados a nivel mundial. El término *impronta* se asocia al sistema por el cual los niños o adquieren las propiedades de sus padres mediante la observación y la imitación.

Reimpronta es recrear nuevos programas en lugar de los antiguos.

Matriz fue un término que Dawson prefirió para el campo unificado de la energía. La Reimpronta Matricial se basa en una serie de principios clave. La primera es una teoría de la física cuántica que todos estamos conectados por un campo unificado de energía, conocido como El Campo o la Matriz. Nuestras experiencias de vida más difíciles se mantienen como ***imágenes en La Matrix en forma de hologramas de conciencia energética o ECHO***, por sus siglas del inglés *Energefic Consciousness Hologram*, que permanecen en campos locales, ***como partes energéticas disociadas y traumatizadas***. Con la Reimpronta Matricial, nuestra mente subconsciente puede interactuar con estos ECHOs para transformar las imágenes del pasado y reemplazarlas con otras de apoyo.

Dawson se dio cuenta que ***las subpersonalidades a menudo eran los ECHOs***, *las partes congeladas, disociadas con el yo que conservaban los recuerdos traumáticos, los conflictos no resueltos y las creencias negativas que necesitaban sanación y amor*.

Trabajar con los ECHOs, es trabajar en la transformación de las imágenes y creencias asociadas a esos ECHOs. **En la Reimpronta Matricial, los ECHOs son los consultantes, así que el consultante les agradece por retener el trauma, y se imagina haciendo tapping en ellos para ayudarlos a liberar el trauma. Al mismo tiempo, se hace tapping físicamente en los puntos energéticos de su propio cuerpo**. Tanto EFT como TFT y Reimpronta Matricial son técnicas de psicología energética que trabaja con los meridianos de energía que teoriza la Acupuntura china. La diferencia es que con EFT borramos la energía negativa de sucesos traumáticos, y con la Reimpronta Matricial transformamos realmente lo que sucedió. Además, para Karl Dawson, la Reimpronta Matricial es más efectiva con consultantes disociados que expresan no tener emociones o sentimientos de su ECHO, lo que para otras técnicas constituye una gran dificultad para trabajar.

Dawson (2012) comenta que: "*Entre el nacimiento y los dos años de edad, los bebés se encuentran la mayor parte del tiempo en un estado de actividad de ondas cerebrales Delta, y entre las edades de dos y seis años, los niños están predominantemente en un estado de actividad de ondas cerebrales Theta. Delta y Theta son los estados de ondas cerebrales que los hipnoterapeutas utilizan con sus clientes con el fin de que sean más sugestionables*".

El ser humano tiene tres posibles respuestas ante un peligro: lucha, huida o congelamiento. La respuesta de congelamiento es un estado bioquímico que está diseñado para ayudar a nuestra supervivencia; debemos este descubrimiento a Robert Scaer, quien lo vio en animales quienes, para su fortuna, al terminar el peligro descargan una respuesta adaptativa, lo que no sucede en la mayoría de los seres humanos, en quienes se generan "cápsulas de trauma" durante la respuesta de congelamiento. *En el trauma emocional humano, además, suele*

generar creencias, imágenes y sensaciones de vergüenza y culpa, en otras ocasiones es miedo, impotencia o tristeza. El ECHO sigue vivo en el inconsciente o, mejor dicho, en una parte de nuestra Matriz o campo local, y nos programa respuestas frente a futuras situaciones similares.

A la Maestra en EFT Carol Look se le ocurrió la idea de que podríamos volver a un suceso en el que no descargamos la respuesta de congelamiento y descargarla con EFT. A Karl Dawson se le ocurrió trabajar esto con la Reimpronta Matricial.

También, en sus investigaciones, Dawson se dio cuenta que para cambiar las creencias de sus consultantes no era suficiente usar EFT para liberar la información que el ECHO había tomado sobre el trauma. Para muchas personas puede quedar un vacío si simplemente se elimina la energía negativa con EFT y no se sustituye con algo positivo.

Algunos facilitadores han desarrollado visualizaciones guiadas para llenar este vacío. Otros lo han llenado con Reiki, o usando PSYCH-K reprograman la mente subconsciente con creencias positivas. Con Reimpronta Matricial no hay necesidad de emplear otra modalidad para llenar este vacío, ya que se llena con la nueva imagen. La imagen negativa en sí tenía que modificarse o transformarse dentro de su campo, sin negarla. Además, Karl encontró que esta imagen negativa estaba asociada a la Ley de Atracción, vibrando en esa frecuencia inadecuada desde el origen del trauma.

Entonces, cuando se ha liberado todo el estrés y el trauma del incidente, se procede a crear una imagen nueva y positiva. Aunque no hay reglas, conviene analizar la posible reubicación del ECHO a un nuevo lugar, preferentemente donde se sienta con seguridad, confianza o serenidad.

Acceder, identificar, reflejar, anclar e integrar

Como resumen, pasaré revista a 4 puntos que considero importantes en el trabajo de partes (perturbadoras o creativas), independientemente de la técnica o técnicas que se estén aplicando:

1.- Acceder a un estado apropiado.

Es el inicio obligatorio. Algunos le llamarán atención plena (mindfulness), nivel alfa (método Silva de control mental), respuesta de relajación (TCC), alerta relajada o estado de aprendizaje acelerado, estado meditativo, estado de trance, etcétera.

2.- Identificar las partes problemáticas, creativas y el Ser Esencial.

Detectar las partes polares que están en conflicto, así como las posibles alianzas que hubiera entre algunas de las partes.

Por otra parte, es importante identificar el Núcleo, Alma o Ser Esencial que está por encima de las partes y las puede moderar y poner orden. Es esa chispa divina o Centro profundo que hay en cada persona y que cuenta con la sabiduría y amor necesarios para decidir y realizar cambios.

Como práctica para adentrarte en tu interior (con mindfulness, meditación o relajación), notar tus partes y estar disponible para ellas. Cada persona experimenta sus partes de manera diferente, generalmente a través de uno de los sentidos. Las partes pueden mostrarnos un, pensamiento, un sentimiento o una sensación. Algunas personas oyen a sus partes, otras las ven, mientras que otras sienten a sus partes emocional o físicamente (Anderson, Sweezy y Schwartz, 2019). Estos autores afirman que el objetivo de IFS —considerada una terapia basada en la evidencia desde el 2016— es que el Self asuma el mando para escuchar y sanar nuestras partes heridas de manera que podamos vivir con confianza, guiados por la curiosidad y la compasión.

Una actividad muy útil para el consultante es que, después de practicar mindfulness, respiración rítmica, centramiento o estar en alerta-relajada alfa —habiendo accedido al Alma, pues— con los ojos cerrados **visualice lo que surja como su Alma**, poniendo atención a las características que aparezcan. Por ejemplo, he tenido consultantes que ven un animal, escuchan una voz, ven una energía sin forma, etcétera.

También, se vuelve útil visualizar las características de un ego —parte— a trabajar. He escuchado, por ejemplo, que un ego sexual lo visualizan como un conejo o un video pornográfico.

¿Cómo saber si se visualiza una parte o el Alma? Por lo que le transmita. Recordemos que las características del alma son calma, compasión, confianza, curiosidad, valentía.

La utilidad está en que, detectando congruentemente al Alma o a un ego, la próxima vez que intentemos acceder a esto será más sencillo, facilitando el proceso a seguir, ya se sean diálogos entre el Alma y el ego, trabajo con submodalidades, tapping con frases, etcétera.

3.- Reflejar las partes y el Alma.

Mostrar al consultante maneras de que observe, piense o sienta esas partes identificadas o la propia Alma. Para esto, dependiendo de la técnica usada, podemos valernos de:

Muñequitos (Constelaciones individuales y Caja de arena); brainspots internos o externos (Brainspotting, EMI, MEMI); personas (Constelaciones familiares y sistémicas, esculturas familiares de Satir); partes del cuerpo, sueños proyectivos o sillas (Terapia Gestalt); Voces internas (Diálogo de voces); submodalidades sensoriales y anclajes (PNL); Partes energéticas traumatizadas o congeladas (EFT y Reimpronta Matricial); Sistema de partes internas protectoras, heridas y bomberos (IFS); estructura de partes de la personalidad (Análisis Transaccional y Psicoanálisis); representaciones de partes con plastilina, dibujos, artesanías, imágenes, objetos, animales y más (Arteterapia); etcétera.

4.- Anclar las partes y el Alma.

Usar técnicas de anclaje PNL para asociar cada parte y el Alma con una señal o ancla sensorial y esta sea reactivada más fácilmente cuando se le necesite para trabajar la *parte* objetivo.

5.- Integrar las partes desde el Ser Esencial.

Asegurándose que el consultante esté en un estado del

Alma o Ser Esencial —aunque algunas técnicas lo sugieren y otras no—, la finalización del trabajo de partes necesita una integración de las partes trabajadas, según la mayoría de las técnicas señaladas, por ejemplo:

Terapia Gestalt: Encontrar objetivos en común para las partes polarizadas, incluyendo los perros de arriba y de abajo. Para entonces *regresar a casa* en el aquí y ahora, sin conflicto, teniendo una o varias alternativas para la necesidad original.

PNL: Aquí se dice que la integración de partes (usando los brazos, manos u otra zona del cuerpo anclada) desembocará en que el consultante tendrá una mezcla de las partes trabajadas, teniendo la oportunidad de elegir alguna de ellas en determinada situación, con mayor conciencia y no solamente de una manera como anteriormente.

Constelaciones: Desde el trabajo fenomenológico —sin prejuicios— que se va presentando se pretende llegar a una imagen de solución, que no necesariamente es un final feliz como en los cuentos de Disney. En la imagen de solución, el consultante se dará cuenta de muchas cosas que vio en su representante que trabajó en la constelación, así como en las partes involucradas que incluyen áreas de salud, empresas, familia, entre otras.

EFT: El objetivo es liberar las emociones perturbadoras de los consultantes, provengan desde partes de él o de conflictos externos. Surgió después la *Reimpronta Matricial*, donde se asegura que al trabajar energéticamente con tapping las partes energéticas del pasado (niño interior o simplemente quien era en aquel momento el consultante) logrará reimprimir satisfactoriamente su pasado, para que en el presente se sienta liberado de esa carga energética que le causaba malestar.

IFS: Aquí consideran muy importante comprender las intenciones positivas de todas las partes, además de respetar y pedir permisos a las partes resistentes o renuentes. Todo lo anterior con el fin de acceder a dialogar y negociar con las partes más profundas que requieren ayuda. Es decir, la integración empieza desde el principio, no hasta el final. Se va gestando gradualmente, hasta lograr construir poco a poco una solución integrada en la que las partes no fueron enjuiciadas o violentadas por el terapeuta, sino incorporadas como parte del sistema que se

pretende reordenar o mejorar.

EMDR: A través de las estimulaciones bilaterales lentos (movimientos oculares, estímulos auditivos o tapping táctil) se pueden integrar partes trabajadas. Por ejemplo, uno de los métodos más usados para esto en los niños es el *Abrazo mariposa,* ya explicado en otros de mis libros, consistente en cruzar las manos en la zona pectoral, la mano izquierda bajo la clavícula derecha y encima cruzar la mano derecha que estará bajo la clavícula izquierda, para entonces hacer tapping con toda la mano, de manera alternada, primero en un lado pectoral y luego en el otro lado.

WHEE/TWR: Esta técnica híbrida se vale de varias partes del cuerpo para integrar partes trabajadas. Sugieren hacer tapping en los brazos, rodillas, cabeza, zona pectoral, a los lados de los ojos, apretando alternadamente los pies o las manos, entre otras recomendaciones.

Brainspotting: Seleccionar un escenario imaginado donde las partes se conozcan más, se respeten y lleguen a acuerdos: una fiesta, un teatro, un convivio, una casa, un templo, etc. Hasta lograr que esas partes finalicen de la mano, abrazadas, haciendo un círculo o algo que represente integración o equipo.

Breviario de casos y variantes

A.- Acceder al Alma

Para acceder a lo que "Dick" Schwartz en IFS llama el *Self Leader*, existen métodos como el ejercicio de sugestión y anclaje que prepararon Stephen Gilligan y Robert Dilts (2011) para lograr el ***Centramiento o Equilibrio de las mentes somática y cognitiva*** de una persona, para conectar la energía interna-externa de la intención con la tercera mente que es El Campo. Equivalente a lo que estamos comentando de la apertura fenomenológica o centramiento en el vacío.

En ese ejercicio, basado en un modelo del Yo Generativo, los autores dicen que este Centramiento es la primera y fundamental habilidad del Viaje del Héroe, implicando relajación y atención, lo que hacen los artistas y los atletas.

Ampliar el campo visual con la mirada periférica, entrecerrando los ojos. Con los pies tocando el suelo para enraizarse y la espalda en postura recta, también es importante conectar con la respiración, porque es estar en el presente, aquí y ahora, visualizando que la respiración sube desde los pies, pasa por la columna vertebral y sale por la coronilla o séptimo chakra, para conectarse con el Universo. Usar la sugestión al proporcionarnos frases para profundizar en este ejercicio, por ejemplo: "autobendición", "autoamor", "autoaceptación", "una apertura a una mente mayor", conectando con algo más profundo".

Además de anclarse en un estado donde anteriormente ya se ha estado así, con esa vitalidad, fuerza, sabiduría, bienestar y fluidez, para luego darse cuenta en qué lugar corporal está esa base del estado (asegurarse de ubicar el lugar debajo del cuello y encima de las piernas, soliendo ser el corazón, pecho, plexo solar, o el hara), tocando ese centro de la mejor manera, con todo el amor profundo, para que se pueda activar o despertar en todo su potencial, y para en otro momento recurrir a ese botón, a ese centro, estado o sintonía, que asienta nuestra energía, lo que otros llaman entrar en estado alfa de alerta relajada, para conectar más allá de tu mente pensante o cognitiva, es decir, conectar con nuestra mente supraconsciente, o el Inconsciente creativo, el Campo o Matriz, afirmarán otros. Para mantenerse centrado incluso en ocasiones de presión y de dificultad, hay que estar como el árbol, enraizado ("bien plantado") y fluir con seguridad en ese terreno y campo de energía donde los demás no nos podrán derribar ni afectar demasiado, en esta postura ayuda el doblar un poco las rodillas, como lo sugiere Lowen para el enraizamiento.

El centramiento es vital para encontrar la real "intención positiva" de una adicción o estado negativo. En las diferentes artes marciales saben que si pierdes tu centro y tu calma (por ejemplo, dejar dominarse por el enojo), ya perdiste todo lo demás. Esta es la norma: cuando una persona entra en contacto con su estado problemático, pierde su centro. Puedes perder tu centro ante una fuerza externa por medio de la sumisión pasiva o de la resistencia terca, y hay un tercer camino flexible donde se da y se recibe energía. Cuando recibimos una energía de otro, hay que recibirla, extenderla hacia el suelo y devolverla al otro, como un oleaje.

En PNL se hablaría de reflejar energéticamente. Y cuando venga una energía violenta podemos reaccionar con una cuarta

estrategia a las tres ya conocidas (lucha, huida y congelamiento), que sería el flujo: hacerte a un lado, (como los toreros o como en el aikido), no bloquearla ni recibirla, para luego irla enraizando, esto sería un estado somático Generativo.

Denise McCluggege (1996) en su excelente libro "*El Esquiador Centrado*", nos comenta que: "*un cuerpo bien alineado, asentado, conectado, muestra un empuje liviano hacia arriba y un flujo de pesadez hacia abajo, por la energía Chi. No es de extrañar entonces que tanto la sensación de liviandad como de pesantez sean ambas señales correctas de llegada al núcleo de una conciencia del Centro. Ha sido tocado el equilibrio, el punto nulo. Lo que se vivencia es Centramiento; el cuerpo/mente en su estado de alerta relajado. Conectado a la energía universal, alimentado por ella, el Chi fluye libremente. Todo está relajado, vitalizado, alerta. El movimiento empieza en la región pélvica, donde está el hara, el plexo solar, el Centro, y de ahí fluye hacia las extremidades superiores e inferiores; la respiración es fácil, la cabeza y cuello están sueltos, las rodillas un poco doblándose*".

B.- El niño interior energético.

1.-Asentir la tierra de nuestra casa y los momentos de la propia niñez. Si se tiene la posibilidad de tener físicamente un poco de la tierra que esté dentro o cerca de la casa de nuestra niñez, hay que honrarla agradecer lo bueno y lo no tan bueno que experimentamos ahí.

2.-Trabajar con una fotografía de nuestra niñez, con Reimpronta Matricial, con tierra, objetos o juguetes de la casa donde habitamos en esa etapa de vida.

3.-Trabajar con fotografías (Colocarlas en sillas Gestalt, con Reiki, EFT Reimpronta Matricial, visualizar lo que se está sintiendo (con los 5 sentidos).

4.-Se sugiere tomar una fotografía con teléfono celular del antes y el después del consultante en una sesión, para observar diferencias, tanto en postura, como actitud y lo que transmite el rostro y los ojos.

Marie Kondo (2017), autora de "La Magia del Orden", afirma que lo mejor es deshacernos de las fotografías que nos hagan sentir tristes, sin embargo, opino que esto sería después de haber trabajado con ellas, porque de no hacerlo, sería perder una enorme

oportunidad de transformar nuestro pasado. Tirando el "cadáver" de una fotografía, no nos liberamos de la emoción contenida ahí, así como no basta esconder la basura debajo de la alfombra, ayuda en algo, aunque no del todo.

C.- Trabajar partes con TAT

En TAT de Tapas Fleming, se sabe que algunas veces hay una parte de uno mismo que, de alguna forma, se beneficia con el problema que se está trabajando. De cualquier forma en que esta parte se haya involucrado en lo que sucedió, este paso ayudará a sanarla, le dará a usted paz y un sentido de estar más integrado. Simplemente mantenga la ***postura básica TAT:*** coloque suavemente la punta del primer dedo (pulgar) en el área ubicada a 0,5 cm de la parte interna del ojo (acupunto 2V); la yema del cuarto dedo (dedo anular) de la misma mano izquierda en la parte interna del otro ojo y el dedo del medio (tercer dedo) en un punto levemente más arriba (una media pulgada) del puente de la nariz, entre las cejas (acupunto 1VB). Ahora ponga la palma de la mano izquierda en la parte de atrás de su cabeza, de manera que el pulgar toque la base del cráneo, por encima de la línea del pelo, para así acunarla. Ambas manos deben descansar suavemente, no se requiere ninguna presión.

Las palabras para este paso son: "Todas las partes de mí que estaban involucradas en esto se están sanando ahora"; y/o: "Dios, gracias por sanar todas las partes de mí que estaban involucradas en esto". Si usted siente que hay alguna resistencia a la sanación, haga la Postura TAT y tenga un diálogo (en silencio o en voz alta) con la parte que se está resistiendo. Esa puede ser una parte de su niño interior, una parte protectora o una parte física, como su estómago. Aunque no sepa cuál es esa parte, lo puede hacer; converse aun así, asegúrele a esa parte que el pasado ya pasó y que ahora puede relajarse.

Referencias

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Craig, G. y Fowlie, A. (1995). "Emotional Freedom Techniques: The Manual". The sea ranch, CA

Dawson, Karl y Allenby, Sasha. "Reimpronta Matricial. Reescribe tu pasado. Transforma tu futuro". México: Yug, 2012.

Dilts, Robert y Gilligan, Stephen. "El Viaje del Héroe. Un camino de autodescubrimiento". España: Ed. Instituto Rigden Gestalt, 2011

Gallo, Fred P. (2005). "Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health". Second Edition. United States: CRC Press

Hartman, Silvia (2001). "Aventuras con EFT". España: Grixó

Hartmann, Silvia (2003). "The advanced patterns of EFT". Ediciones DragonRising

Martínez Bernal, Juan Carlos (2020). "Otras 50 experiencias terapéuticas. Casos, cosas y cuestiones en psicoterapia". Segunda edición. Edición independiente. Recuperada de Kindle

Martínez-Bernal, J. C. (2023). "Nuevas rutas terapéuticas. Volumen 1. Movimientos oculares". Publicación independiente. Recuperada de Kindle

McCluggege, Denise. "El Esquiador Centrado". Chile: Ed. Cuatro Vientos, 1996

Schwartz, Richard y Sweezy, Martha (2021). "Terapia Sistemas de Familia Interna". España: Eleftheria

Tapas Fleming (2007). "TAT Professionals Manual". California: TATLife

47.- SINERGIA, DISTRACCIÓN Y MULTISENSORIALIDAD

Hay varias técnicas de psicología energética que usan la distracción, la sinergia y la multi sensorialidad.

Por ejemplo, el **TFT de Roger Callahan**, específicamente en la técnica de ***9* Gamas** (también usada en **EFT**). Las 9 tareas son —mientras se estimula el punto Gama 3ID con tapping, masaje o acupresión—:

1. Cerrar los ojos.

2. Abrir los ojos.

3. Mirar rápidamente hacia abajo, a la derecha, sin mover la cabeza.

4. Mirar rápidamente hacia abajo, a la izquierda, sin mover la cabeza.

5. Girar los ojos en un círculo en el orden de las

manecillas del reloj.

6. Girar los ojos en círculo al contrario de las manecillas del reloj.

7. Tararear 2 segundos una canción (Gary Craig sugiere *Happy Birthday*, tú puedes usar la melodía que gustes, para México se sugiere Las Mañanitas y personalmente sugiero "la cucaracha").

8. Contar rápidamente de 1 a 5.

9. Tararear de nuevo 2 segundos de la misma melodía.

El ***Rapid Relaxer*** (Relajación Rápida) combina el tapping con el tarareo de una canción, el conteo de números y los movimientos oculares. Esta combinación de actividades puede parecer peculiar, un poco como saltar sobre un pie mientras se hace malabarismo. Pero hay un método para esta locura. El proceso involucra a todos ustedes; hace que todos los sistemas se comuniquen mientras equilibra sus energías.

Todos los procedimientos involucrados ayudan a integrar la energía de tus pensamientos a través de varias regiones de tu cerebro. Tararear estimula la actividad del cerebro derecho, mientras que contar estimula la actividad del cerebro izquierdo. Los movimientos oculares activan regiones dentro de la corteza visual e integran ambos hemisferios del cerebro, activando tanto la corteza cerebral como la visual mientras el pensamiento angustioso está presente y activo. Mientras que el tratamiento de tapping agrega energía al meridiano en un sitio de acupuntura, los movimientos de los ojos equilibran la energía del pensamiento de manera más completa en todo el cerebro (Lambrou et al., 2000).

Por otra parte, se investigó la eficacia de una nueva terapia, la **terapia de distracción numérica (NDT),** en el tratamiento de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se planteó la hipótesis de que la terapia cambiaría los recuerdos visuales traumáticos de los pacientes con TEPT y reduciría la intensidad de los sentimientos negativos asociados con ellos. Ambas hipótesis fueron respaldadas: el 92% de los pacientes informaron cambios posteriores al tratamiento

(positivos) en sus recuerdos visuales, y estos mismos pacientes informaron niveles reducidos de miedo, vergüenza, ansiedad y otros sentimientos negativos. Una submuestra de pacientes informó efectos estables del tratamiento en encuestas de seguimiento realizadas de dos a cuatro meses después. El autor también analiza los posibles mecanismos de NDT y sugiere que NDT, desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) y algunas formas de terapia de campo de pensamiento (TFT) podrían tener una "atención dual" como un mecanismo subyacente común (Isaacs, 2004).

Isaacs (2004) reportó resultados similares a Kvavilashvili usando la llamada terapia de distracción numérica con 26 pacientes con TEPT, quienes, como parte de su sesión de terapia, tenían que tener en mente sus imágenes intrusivas mientras completaban simultáneamente una exigente tarea de conteo (***contar hacia atrás en 2 series de 10 a 0 y luego hasta 10 nuevamente***). No está claro en qué medida los efectos predichos por la *teoría de la representación dual de Brewin* con respecto a las tareas verbales concurrentes también se relacionan con la participación del ejecutivo central además de los procesos verbales específicos de la modalidad dentro del ciclo fonológico. También es interesante que teorías más basadas en lo cognitivo predijeran que involucrar procesos verbales y contar hacia atrás en 3-7 series debería disminuir en lugar de aumentar las intrusiones posteriores y la angustia asociada con ellos, como lo informó Isaacs (2004; ver también Pearson & Sawyer, 2011; van den Hout et al., 2010). Por lo tanto, es importante que la investigación futura compare sistemáticamente las predicciones de la teoría de la representación dual y las teorías generales de la carga cognitiva y la memoria de trabajo, utilizando un paradigma de película de trauma con muestras tanto analógicas como clínicas (Kvavilashvili, Lia. 2014).

La **sinergia** es todo lo que hace referencia a un fenómeno por el cual actúan en conjunto varios factores o varias influencias. En estos casos, estimulaciones en varios canales sensoriales y de ambos hemisferios cerebrales.

Otros ejemplos de estímulos que contribuyen a la sinergia o multi sensorialidad en un consultante bajo las técnicas energéticas son:

1.- Colocar la lengua en el paladar superior de la parte trasera.

2.- Hacer un conteo de números o lista de objetos.

3.- Mover bilateralmente los pies o las manos.

4.- Escuchar la propia respiración.

5.- Hacer una respiración rítmica.

6.- Decir una frase terapéutica en voz alta o baja.

7.- Mover los ojos bilateralmente hacia el campo visual.

8.- Buscar un *brainspotting* voluntaria o involuntariamente.

9.- Cruzar los pies y/o las manos.

10.- Usar la imaginación o visualizaciones.

El enfoque Multisensorial de Andrade

Afirma Andrade (2020) que, más allá del "tapping" clásico —y de lo que él cree que son denominaciones exóticas como "psicología energética", "terapia de meridianos", etcétera— se ubica la ***AMSB*** (***Activación Multi Sensorial Breve***), cuyos protocolos y descripción neurocientífica de sus mecanismos son tratados en su libro, es heredera del "tapping" clásico. Agrega que la AMSB nace de la revisión contrastada de las técnicas del "tapping" realizada a la luz de la neurociencia, cuyo progreso, en los últimos veinte años, posibilita explicar científicamente por qué funciona el "tapping" clásico, cuáles de sus componentes son muy eficaces y cuáles son poco efectivos o inútiles, y lo que es más importante, los fundamentos neurocientíficos le dan un fuerte valor predictivo, mejorando y adicionando continuamente nuevos elementos técnicos.

La AMSB funciona por una sobrecarga multisensorial simultánea a la reactivación de la memoria. Uno de los 10

protocolos de tratamiento básico se lee a continuación:

1.- Baje el mentón al pecho y evalúe la intensidad emocional del problema de 0 a 10.

2.- Manteniendo en su mente ***los tres focos*** (A.- El conflicto emocional problemático.

B.- Cada una de las acciones del protocolo de tratamiento. C.- Las sensaciones "aquí y ahora", que genera cada maniobra específica) todo el tiempo (si hay un facilitador o terapeuta presente, se lo recuerda frecuentemente al paciente…)

3.- Sentado, ojos cerrados, *imagine* que camina hacia atrás (sin hacerlo realmente), sin mirar, 20 pasos. Cuente lentamente en voz alta: 20…19…18… Póngase de pie y haga lo mismo, pero ahora marcando los pasos estacionarios: 20…19…18…

4.- Cuando llegue al cero, siéntese y percuta con las palmas de ambas manos alternadamente sobre los muslos unas doce veces.

5.- Póngase de pie y "camine cruzado", levante una rodilla y tóquela con la mano contraria, repita con la otra rodilla doce veces. Siéntese y acaricie *muy suave y lentamente* su cara con las palmas de ambas manos desde los ojos hasta las orejas.

6.- Baje el mentón al pecho y evalúe la intensidad emocional del problema de 0 a 10.

7.- Mantenga en su mente *los tres focos* todo el tiempo (si hay un facilitador o terapeuta presente, se lo recuerda frecuentemente al paciente…)

8.- Con los dedos de la mano derecha, percuta en la línea media del cuerpo desde la frente hasta el ombligo ida y vuelta, unas doce veces. Mientras acaricia una mano con otra, en las palmas y en el dorso, haga una regresión numérica en voz alta del 30 al 6: 30…29…28…etc. Cruce los brazos, las palmas abiertas *tocando* los brazos, percuta alternadamente con las palmas de las manos sobre los brazos unas doce veces.

9.- Mantenga en su mente *los tres focos* todo el tiempo (si hay un facilitador o terapeuta presente, se lo recuerda frecuentemente al paciente...)

10.- Mientras percute (hace *tapping*) con los dedos de ambas manos en el cuero cabelludo, respire profundamente y decida SOLTAR! el problema con cada exhalación, doce veces.

11.- Póngase de pie, camine hacia atrás con los ojos cerrados con pequeños pasos deliberados, mientras percute en el centro del pecho con su mano dominante unas doce veces.

12.- Baje el mentón al pecho y evalúe la intensidad emocional del problema de 0 a 10.

13.- Mantenga en su mente *los tres focos* todo el tiempo (si hay un facilitador o terapeuta presente, se lo recuerda frecuentemente al paciente...).

14.- Continúe hasta llegar a puntear 0-2.

15.- Si no baja a 0-2, repita tres veces. Si después de tres veces no bajó a 0-2 use otro protocolo.

Breviario de variantes

A.- Variantes con las 9 gamas.

Normalmente, las tareas de las 9 gamas se hacen mientras se hace tapping o acupresión en el acupunto 3IG o Punto Karate. Las variantes que yo he hecho incluyen las 9 tareas —o algunas de estas— combinadas con estimulación de uno o más de los siguientes acupuntos: 4IG (entre el dedo pulgar e índice de la mano); 27R (bajo la clavícula); Zona dolorida en el pectoral izquierdo; Timo (VC20); Tercer ojo (VG 24.5). También, las 9 gamas combinarlas con postura básica TAT (una mano en la frente y otra mano en la parte trasera de la cabeza); una ronda tapándose un ojo y otra ronda tapándose el otro ojo.

B.- Puente a futuro (PNL) con tapping

Una vez establecida una creencia positiva con tapping (y teniendo el rango máximo en la escala subjetiva usada), se puede aplicar la técnica de PNL "Puente a Futuro" haciendo tapping en el acupunto gama (3TC) mientras se imagina *disociado* en el futuro, por ejemplo, desde un dron observándose en ese tiempo futuro, verse la espalda, el rostro y todo el cuerpo, en ese lugar, con esas características sensoriales particulares y con esas personas y circunstancias, hasta tener una calificación subjetiva máxima en una escala positiva. Luego, hacerse tapping en el mismo acupunto gama imaginándose *asociado* en ese mismo contexto, viéndose las manos, el pecho y los pies, continuando el tapping hasta tener una calificación subjetiva máxima en una escala positiva. En caso de que en la fase de disociación o en la de asociación no se pueda alcanzar la calificación positiva máxima, entonces volver al tratamiento de neutralizar la creencia negativa trabajada con tapping y buscar aspectos del problema no tomados en cuenta.

C.- Audición + visión: mayor aprendizaje

En una investigación de Hunt et al. (2017, citada en Cox, 2020) cuando los niños escuchaban cuentos mirando imágenes, las redes neuronales se ayudaban unas a otras, por lo que se fortalecían las conexiones neuronales y se reforzaba la arquitectura intelectual del cerebro.

D.- La técnica CARATAZOS

A través de tapping hecho con los lados de las manos del Punto Karate (PK), empezar colocando estas zonas de las manos en el centro de la cara. Iniciar el tapping hacia afuera, pasando por mejillas, zona anterior a las orejas, las orejas, atrás de las orejas, en acupuntos VB20 ("pozos o huecos atrás de la cabeza") y laterales del cuello (en músculo ECM, donde está el acupunto 16IG).

Instrucciones:

1.- Colocar el talón de las manos —bajo las palmas de cada mano— encima del mentón.

2.- Con la periferia de los dedos meñiques y su continuación en ambas manos (PK) con postura vertical, hacer tapping alternado o bilateral en la cara, comenzando por la línea media del rostro, y a ahí hacerlo en dirección hacia el exterior, estimulando la cara, las orejas y hasta llegar a la base del cráneo —en sus lados izquierdo y derecho— donde el tapping se hará con las mismas zonas ya señaladas, y esta vez las manos estarán en postura diagonal.

3.- Variantes:

A.- Con conteo regresivo del 10 al 0.

B.- Con canturreo de una canción positiva.

C.- Con ojos cerrados, abiertos o mixto.

2 rondas en los caratazos.

Primera ronda. Abarcar la parte inferior del rostro, posicionando el inicio de la muñeca de la mano en el mentón del rostro. Proceder a los caratazos, del centro hacia los lados, y luego de VB20 hacia el centro de la cara.

Segunda ronda. Abarcar la parte superior de la cara, posicionando el inicio de la muñeca de la mano en los labios. Proceder a los caratazos, del centro hacia los lados, y luego de VB20 hacia el centro de la cara.

Nota: Para poder aplicar tapping o caratazos diagonales en los pocitos VB20 y laterales del cuello hay que inclinar la cabeza hacia abajo.

Referencias

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2020). "Más allá del tapping…AMSB". Publicación Independiente en Kindle.

Callahan, Roger J. (2009). "Despierta a tu sanador interior". España: Palmyra

Cox Gurdon, Meghan (2020). La magia de leer en voz alta. Los beneficios intelectuales y emocionales de la narrativa oral en niños y adultos. Ed. Urano

Craig, G. y Fowlie, A. (1995). "Emotional Freedom Techniques: The Manual". The sea ranch, CA

Ecker, Bruce; Ticic, Robin; y Hulley, Laurel (2020). "La reconsolidación de la memoria: desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia". Primera edición. Barcelona: Octaedro, S.L.

Hutton, John S. et al., «Shared Reading Quality and Brain Activation During Story Listening in Preschool-Age Children», Pediatrics, diciembre de 2017. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.08.037

Isaacs, J. S. (2004). Numerical Distraction Therapy: Initial Assessment of a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Traumatology*, *10*(1), 39–54. https://doi.org/10.1177/153476560401000104

Lambrou, Peter y Pratt, George (2000). Instant Emotional Healing. Acupressure for Emotions. Random House, Inc.

Kvavilashvili, Lia. (2014). Solving the Mystery of Intrusive Flashbacks in Posttraumatic Stress Disorder: Comment on Brewin 2014). Psychological bulletin. 140. 98-104. 10.1037/a0034677.

Van den Hout y cols. Counting during recall: Taxing of working memory and reduced vividness and emotionality of negative memories. April 2010 Applied Cognitive Psychology 24(3):303 – 311. DOI:10.1002/acp.1677

48.- MECANISMOS DE ACCIÓN EN TERAPIAS ENERGÉTICAS

Al preguntarse Feinstein (2019) *¿Cuál es la evidencia de la eficacia clínica del tapping en los puntos de acupuntura independientemente de las otras características del protocolo?* Responde que este tipo de investigación generalmente se aborda con estudios de desmantelamiento o de componentes, que eliminan o reemplazan elementos de un tratamiento y comparan los resultados con el protocolo de tratamiento estándar. ***Una revisión de seis estudios de componentes que involucran protocolos de EFT con y sin tapping en los puntos de acupuntura concluyó que el tapping en los puntos de acupuntura es un ingrediente activo, independiente del placebo, efectos terapéuticos inespecíficos u otros factores clínicos***. Dos de los estudios comparativos sustituyeron el tapping en los puntos de acupuntura con tapping en puntos que no eran de acupuntura ("simulados") en protocolos de EFT por lo demás idénticos y encontraron que hacer tapping en los puntos de acupuntura produjeron beneficios emocionales significativamente más fuertes que hacer tapping en los puntos falsos.

Una revisión sistemática (J.-Y. Tan et al., 2015) de 66 estudios de acupresión (7265 sujetos) que comparan el uso de puntos de acupuntura establecidos con puntos simulados corroboran estos hallazgos, *y los tratamientos de puntos de acupuntura producen efectos terapéuticos más fuertes que los tratamientos de puntos simulados, que aún produjeron algún beneficio clínico*.

Hipótesis 1: el tapping en el punto de acupuntura envía señales reguladoras a las áreas del cerebro provocadas por el componente de exposición imaginal del

protocolo.

Hipótesis 2: los protocolos de punteo de puntos de acupuntura pueden, con una eficiencia inusual, modificar los aprendizajes emocionales desadaptativos en sus bases neurales.

Los dos procesos neurológicos hipotetizados mediante los cuales los protocolos de **psicología energética** producen un cambio clínico rápido y duradero se basan en el conocimiento empírico existente, *pero no se han probado como tales*. Si bien dos estudios recientes de imágenes cerebrales de tratamientos de tapping en puntos de acupuntura han producido hallazgos que son consistentes con estas hipótesis, se necesitan estudios de imágenes cerebrales adicionales. Además, cualquier modelo teórico está restringido por las limitaciones del conocimiento empírico en su base, y la comprensión actual sobre los mecanismos involucrados en la modificación de los aprendizajes emocionales deja muchas preguntas fundamentales sin respuesta.

Claves en el tapping: Mecanorreceptores

Andrade (2020) y Feinstein (2019) mencionan la importancia de los mecanorreceptores en la transducción de los estímulos del tapping a impulsos nerviosos.

Dawson Church (2009) en su libro "*El genio en sus genes; la medicina energética y la nueva biología de la intención*" señala que "*Se entiende ahora que el tapping (EFT), el darse suaves golpecitos con los dedos, genera una carga piezoeléctrica que se transmite a través del tejido conectivo, a lo largo de las vías de menor resistencia eléctrica. Cuando esta carga va asociada con el recuerdo consciente de un trauma, y con la conciencia del lugar del cuerpo que alberga la memoria primaria del trauma, se activan los genes de inducción inmediata implícitos en la curación y se libera la tensión del sentimiento físico en ese lugar, lo cual se lleva consigo la tensión de la emoción relacionada con el trauma.*

*La **piezoelectricidad** se genera por medios mecánicos: si*

se aplica presión sobre determinadas estructuras, éstas se polarizan en polos eléctricos positivo y negativo, y generan electricidad. El cuerpo humano es también un generador piezoeléctrico. La estructura cristalina de las moléculas de colágeno que constituyen el tejido conectivo tiene una destacada propiedad: la de ser un semiconductor de energía e información.

Las propiedades eléctricas del tejido conectivo explican también por qué las células pueden comunicarse con una rapidez mucho mayor que la que permitiría la transmisión neuronal. Esta intercomunicación da cuenta, igualmente, de por qué dar golpecitos en determinadas partes del cuerpo (tapping – EFT), genera una señal piezoeléctrica que puede crear un efecto en una región distante del cuerpo".

En el sentido del tacto, dentro de la variedad de receptores sensoriales —los hay termorreceptores, galvanorreceptores, quimiorreceptores, entre otros— existen los mecanorreceptores.

Los mecanorreceptores son receptores cutáneos —en la piel— para tacto y presión, mientras que en las células pilosas del oído interno se detecta la audición o vibración. Son sensores que están compuestos por terminaciones dendríticas de neuronas sensoriales secundarias que responden a estímulos mecánicos disparando potenciales de acción eléctricos; en otras palabras, son nervios periféricos que participan en la sensación y transmiten su información por medio de impulsos nerviosos. Los mecanorreceptores actúan como transductores somatosensoriales, es decir, tienen la capacidad de transformar un estímulo mecánico, químico o electromagnético en un impulso nervioso que envían a la médula espinal, que a su vez lo reenvía al tálamo y luego llega a otras zonas cerebrales del sistema nervioso central.

El tacto y la presión son detectados mediante cuatro tipos de mecanorreceptores o corpúsculos —partículas de materia de tamaño microscópico— siguientes:

Los corpúsculos de Meissner, que muestran respuesta a cambios de la textura, tacto fino y vibraciones lentas. Se localizan en la dermis de toda la piel.

Las células de Merkel, que muestran respuesta a presión y tacto sostenidos, detectando detalles espaciales finos como la forma, el borde y la curvatura. Se localizan con mayor abundancia en los dedos y en los pelos —vibrisas— de la nariz.

Los corpúsculos de Ruffini, que muestran respuesta a presión sostenida. Se localizan en toda la piel, pero son más abundantes en la cara dorsal —palmar— de las manos.

Los corpúsculos de Pacini, que muestran respuesta a presión profunda y vibración rápida. Se localizan, por ejemplo, en manos, pies, cráneo, séptima cervical y demás vértebras, así como en órganos sexuales.

Los corpúsculos de Krause, que muestran respuesta a sensaciones de frío. Se localizan, por ejemplo, se encuentran en el tejido submucoso de la boca, la nariz, ojos, genitales, etcétera.

Es claro que los mecanorreceptores se encuentran por miles en toda la piel humana, sin embargo, ***son más abundantes en la piel no vellosa —piel glabra, lisa, sin pelo— (Andrade, 2020)***. Y he aquí una gran clave de por qué Andrade incluye varias estimulaciones en zonas de piel glabra —no vellosa— en sus protocolos. Por ejemplo: tapping en zona glabra de brazos, zona palmar de las manos, trayecto del nervio ciático (atrás de la pierna, de la rodilla y de la pantorrilla), zonas claviculares —encima de los huesos de la clavícula— y subclaviculares —debajo de las clavículas—, atrás arriba de las orejas y en las puntas de los dedos.

También se ha investigado que hay alta densidad de mecanorreceptores en las plantas de los pies, glándulas mamarias, los labios de la boca, pene y labios internos de la vagina, así como en las articulaciones como rodillas, muñecas y codos.

En un abrazo, en un roce, en el tapping, caricia, palmada o saludo de mano se activan los mecanorreceptores, liberando sustancias de acuerdo y asociando esto a la emoción que se sienta.

Cuando se está aplicando tapping —percutiendo o dando 'golpecitos'— en una zona del cuerpo se está, al mismo tiempo, estimulando las puntas de los dedos —o de la palma de la mano, si se aplica con esta—, y ya señalamos que la parte 'anterior' de la mano y los dedos de esta —incluyendo la parte lateral donde está el llamado punto karate— contienen abundantes mecanorreceptores.

¿Qué tiene que ver "la energía" con la psicología energética?

Un obstáculo para la aceptación profesional del creciente cuerpo de investigación que respalda la eficacia de la psicología energética es el uso vago del término energía en el nombre del campo y los marcos explicativos. La cuestión es si el concepto de "energía" es necesario para dar cuenta de los resultados clínicos observados que siguen a los tratamientos de "psicología energética". Se presenta evidencia de que el cambio de 3 tipos de energía (señales electromagnéticas, ondas cerebrales y campos de energía) les da a los protocolos de psicología energética su ventaja para cambiar rápidamente patrones de larga data en el cerebro. Las señales electromagnéticas que reducen la activación de amenazas en la amígdala siguen la estimulación de puntos de acupuntura seleccionados.

Las manos de todos en realidad tienen un ***campo electromagnético*** *(llamado biocampo en las investigaciones, y llamado aura en la literatura popular) que se extiende más allá de los dedos, por lo que simplemente sostener la mano sobre una parte afectada del cuerpo puede tener un efecto terapéutico, al igual que masajear, tocar o sostener puntos de energía específicos en la piel.*

La estimulación del punto de acupuntura también produce ondas delta que se cree que despotencian las vías neurales que mantienen el miedo a la mala adaptación. Mientras tanto, los campos de energía que organizan la actividad neuronal proporcionan una posible solución a un dilema de la neurociencia. Los modelos neurológicos convencionales no pueden explicar cómo se coordinan las diversas actividades cerebrales que participan en el procesamiento de la información. Así como se ha demostrado que los campos electromagnéticos organizan la actividad celular en la curación de heridas, se cree

que los campos de energía organizan los procesos neurológicos. La rápida resolución de los recuerdos intrusivos y sin procesar que se ven en los tratamientos de psicología energética se atribuye, en parte, a la forma en que la estimulación del punto de acupuntura puede afectar directamente estos "*campos organizativos*".

Andrade (2011) señala que todas las investigaciones contemporáneas sobre acupuntura que se estaban realizando en el mundo estaban tomando en cuenta mecanismos neurofisiológicos y no a los supuestos meridianos. Añadiría yo que esto también aplica para las investigaciones que se han estado haciendo sobre psicología energética.

En un artículo de 2022, David Feinstein hace una integración de los hallazgos encontrados en las docenas de investigaciones sobre técnicas de psicología energética y en ámbitos relacionados, además de posibilidades que aún están por afinarse. He aquí resumidas unas partes de dicho artículo:

Si bien todas las formas de psicoterapia presumiblemente influyen en la señalización eléctrica del cuerpo, las ondas cerebrales y los campos electromagnéticos, la premisa de este artículo es que una de las fortalezas de la psicología energética es su capacidad para iniciar estos efectos de manera deliberada y específica, como al estimular la acupuntura de puntos que envían impulsos eléctricos que activan o desactivan procesos neuronales específicos. Otro enfoque dentro de la psicología energética es sobre las "energías sutiles", energías que aún no han sido detectadas por instrumentos convencionales pero que se cree que están involucradas en la salud y la curación por tradiciones curativas consagradas en todo el mundo. Finalmente, el creciente reconocimiento de la dinámica cuántica como una influencia en los procesos psicológicos también es aplicable a la psicología energética. Si bien la existencia de energías sutiles y la naturaleza de la dinámica cuántica siguen siendo áreas de controversia científica, es una posibilidad que no se descarta, estando esto en una fase muy temprana.

Energías Físicas y Psicológicas

Afirma Leskowitz E. (2020) que un obstáculo para la aceptación profesional del creciente cuerpo de investigación que respalda la eficacia de las modalidades de curación orientadas a la energía ha sido el uso vago o controvertido del término energía en el nombre del campo y los marcos explicativos.

Mientras que las concepciones de energía derivadas de la física se definen principalmente por la magnitud (medida en julios), *la energía psicológica generalmente se define por su fuerza, dirección, calidad (positiva o negativa) y relación con el tiempo.*

Las intervenciones de psicología energética impactan tanto en las energías físicas como psicológicas. Con respecto a las energías psicológicas, se han observado cambios en la fuerza, dirección y calidad del afecto, las motivaciones y los comportamientos correspondientes en estudios de resultados clínicos. En la dimensión temporal de las energías psicológicas, estos cambios pueden ocurrir en relación con la activación mental de experiencias pasadas, desafíos presentes o anticipaciones futuras. Sin embargo, nada de esto es exclusivo de la psicología energética. Lo que está dentro del dominio especial de la psicología energética y otros enfoques de curación orientados a la energía es una atención estudiada a las energías físicas del cuerpo. Las intervenciones que apuntan directamente a las energías físicas del cuerpo, como se analiza a continuación, pueden explicar por qué los protocolos de psicología energética han sido tan efectivos para cambiar las energías psicológicas. *Se analizan cinco áreas relacionadas con las energías físicas mencionadas anteriormente: señalización eléctrica, ondas cerebrales, campos electromagnéticos, energías sutiles y dinámica cuántica, y se sugieren formas en que las intervenciones de la psicología energética interactúan con cada área.*

Señales electroquímicas

Las células nerviosas pueden ser estimuladas directamente por la luz, el sonido o la presión, pero en la mayoría de los casos son activadas por señales enviadas desde otras neuronas. *Las **sinapsis eléctricas** pueden conducir la señal*

a las neuronas vecinas ***sin traducirlas primero en un mensaje químico****. Aunque son menos numerosas que las sinapsis químicas, se encuentran en todo el sistema nervioso y cumplen funciones importantes y únicas.*

La medicina tradicional china reconoce al menos 361 puntos en la superficie de la piel que tienen características distintivas en comparación con las partes cercanas de la piel (Lightbody ST, 2020), **incluida una mejor conductividad eléctrica y una cantidad proporcionalmente menor de resistencia eléctrica** (Li J, et al. 2012; Ahn AC, 2008). Los puntos de acupuntura están situados a lo largo de vías de energía llamadas meridianos, **y también suelen estar ubicados en áreas con una alta concentración de terminaciones nerviosas libres** (Zhang ZJ et al. 2012). Debido a que las líneas de los meridianos, tal como se trazan en los gráficos de acupuntura, no se corresponden con los vasos sanguíneos, las vías nerviosas o el sistema linfático, se ha cuestionado la base anatómica de los meridianos. Un estudio de 2002, utilizando imágenes de ultrasonido, **encontró una correspondencia del 80 % entre los sitios de los puntos de acupuntura y *el tejido conectivo del cuerpo*, lo que sugiere que "la relación anatómica de los puntos de acupuntura y los meridianos con los planos del tejido conectivo es relevante para el mecanismo de acción de la acupuntura**"(Langevin HM; Yandow JA). En los protocolos de psicología energética que utilizan tapping en los puntos de acupuntura, se produce la siguiente secuencia:

Tocar un punto de acupuntura genera una señal eléctrica. Este proceso está regulado por el principio bien establecido de que ciertas proteínas grandes dentro de las células pueden transformar un estímulo mecánico, como pinchazos o presión sobre la piel (es decir, golpecitos), en electricidad. Llamada "**transducción mecanosensorial**", la señal producida por los mecanorreceptores es una forma de "**piezoelectricidad**" o "**electricidad generada por presión**" (Bagriantsev SN et al. 2014). Por ejemplo, la chispa generada para encender una estufa de butano o un encendedor de cigarrillos es una forma de piezoelectricidad.

La señal producida puede transmitirse a partes del cuerpo que no están en la proximidad del sitio que se estimula. Por ejemplo, se ha demostrado que la estimulación de un punto de acupuntura en el pie, utilizado para tratar afecciones oculares, aumenta el flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos y en los tejidos del ojo (Nishinaka A, et al. 2020). La señal generada por el tapping puede llegar a regiones del cerebro donde pueden activar o desactivar la actividad neuronal de formas terapéuticamente beneficiosas.

Las primeras objeciones a los informes sobre la eficacia y los mecanismos propuestos del tapping en los puntos de acupuntura se centraron en los efectos placebo y las influencias de los ingredientes terapéuticos que no son tapping dentro de los protocolos de tapping, como la expectativa, la atención cuidadosa del terapeuta o la activación mental en un entorno seguro de escenas problemáticas (exposición imaginaria). En respuesta a estas preocupaciones razonables, se han realizado seis estudios para determinar el impacto específico del tapping en los puntos de acupuntura en los resultados del tratamiento. Cada estudio comparó un procedimiento de psicología energética con un protocolo prácticamente idéntico, con la excepción de que el tapping en los puntos de acupuntura se sustituyó por una intervención diferente en el grupo de control. La respiración diafragmática, la respiración consciente y el tapping en puntos que no son de acupuntura, también conocidos como "puntos falsos", se tuvieron entre las alternativas. **Una revisión y un metanálisis de las seis investigaciones indicaron que, además de otros factores terapéuticos, el tapping en los puntos de acupuntura es un ingrediente activo y necesario para los sólidos resultados encontrados en los ensayos clínicos** (Church D, et al. 2018, 2020). El tratamiento de EFT antes de la prueba versus después de la prueba mostró un tamaño de efecto grande, d de Cohen = 1,28 (intervalo de confianza IC del 95%, 0,56 a 2,00). En comparación con los controles activos, los tratamientos de tapping mostraron una ventaja moderada en el tamaño del efecto de d = −0,47 (IC del 95 %, −0,94 a 0,0).

Activación y desactivación de señales

Los investigadores de la universidad de Harvard, en su Programa de 10 años de investigación, *pudieron deducir que la*

acupuntura envía señales directamente al cerebro porque las imágenes magnéticas de resonancia fMRI mostraron que la actividad en el sistema límbico asociada con la amenaza se redujo casi instantáneamente cuando se insertaron agujas en ciertos puntos de acupuntura. Otros estudios de imágenes han mostrado aumentos en la actividad en áreas del cerebro asociadas con el razonamiento y el manejo del estrés después de tocar los puntos de acupuntura (Di Rienzo F, et al. 2019; König N, et al. 2019). **Estos efectos de activación y desactivación de la acupuntura pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, incluidas las vías neurales. A nivel de la función cerebral, algunos de estos estímulos son excitatorios, iniciadores o sustentadores de la actividad nerviosa. Otros estímulos son inhibitorios, reduciendo la actividad del sistema nervioso. Dentro de la acupuntura, los puntos que aumentan la excitación se denominan "puntos de fortalecimiento" y los puntos que disminuyen la excitación se denominan "puntos de sedación**" (Eden D, 2008). Los puntos de fortalecimiento se giran hacia la derecha, mientras que los puntos de sedación se giran hacia la izquierda (la aguja o la acupresión realizada).

Los protocolos de tapping de puntos de acupuntura pueden activar o desactivar regiones del cerebro para facilitar los resultados clínicos deseados (Feinstein, D, 2021). La experiencia clínica, respaldada por estudios preliminares de imágenes del cerebro (Di Rienzo F, et al. 2019; König N, et al. 2019; Stapleton P, et al. 2019), sugiere que las señales eléctricas generadas por el golpeteo en los puntos de acupuntura se dirigen a regiones del cerebro que han sido estimuladas por recuerdos, imágenes o pensamientos. **Evocar un recuerdo aterrador o una imagen amenazante activa la amígdala. Hacer tapping mientras se está en ese estado mental envía señales de desactivación al núcleo lateral de la amígdala, la estructura que inicia la respuesta a la amenaza** (Feinstein, D, 2019). Por lo tanto, al guiar hacia dónde se enfoca la atención del cliente mientras se hace el tapping, el terapeuta en efecto está dirigiendo las señales de regulación producidas por el tapping a las regiones específicas del cerebro con una precisión inusual.

¿Los beneficios duran después de una sesión de tapping?

Prácticamente todos los estudios que han examinado los cambios antes y después del tratamiento en los síntomas relacionados con el estrés después de una sesión de tapping en los puntos de acupuntura han encontrado reducciones estadísticamente significativas (Feinstein, 2023). Por ejemplo, en el primer ensayo clínico aleatorizado (RCT) revisado por pares para examinar el resultado de un protocolo de tapping, publicado en 2003, 18 sujetos con miedo a los animales pequeños recibieron una sesión de 30 minutos (Wells S, et al. 2003). Sus temores se redujeron a un alto nivel de significación estadística y en un grado mucho mayor que en los sujetos de control que utilizaron la respiración diafragmática. Este hallazgo ha sido replicado (Baker AH, et al. 2010) y es consistente con ensayos clínicos posteriores que investigaron otros miedos irracionales, así como condiciones más serias como el TEPT. La eliminación rápida de la fobia tiene sentido si el tapping envía señales de desactivación directamente a la amígdala durante el intervalo en que se encuentra en un estado de hiperexcitación provocado por la exposición imaginal.

Sin embargo, incluso si este es el caso, queda una pregunta: ¿Por qué el miedo no volvería a surgir la próxima vez que se encuentre una altura? Incluso después de una terapia breve, las investigaciones de seguimiento de los tratamientos de psicología energética han demostrado consistentemente que los beneficios clínicos son duraderos. **Una revisión de 115 ensayos clínicos de tratamientos de tapping en puntos de acupuntura encontró que 79 realizaron investigaciones de seguimiento** (Feinstein D, 2021). **En 77 de ellos, los beneficios se mantuvieron**. En cada uno, las pruebas de seguimiento mostraron una mejora estadísticamente significativa entre las medidas previas al tratamiento y las evaluaciones al final del período de seguimiento en al menos una de las principales categorías de cambios que se estaban rastreando. Los períodos de seguimiento oscilaron entre 1 mes y 2 años, con una media de 7 meses.

Mecanismos que hacen duraderos los resultados del tapping

En un estudio innovador de los efectos neurológicos de los protocolos de tapping, Stapleton et al. (2019) utilizaron imágenes de resonancia magnética funcional — fMRI— antes y después del tratamiento para investigar un programa que aplicaba tapping en los puntos de acupuntura para controlar los antojos de alimentos en personas tratadas por obesidad. Si bien las respuestas complejas a los alimentos no están controladas por una sola parte del cerebro, las exploraciones de fMRI adquiridas mientras las imágenes de alimentos "chatarra" con alto contenido calórico mostraron a los participantes del estudio **revelaron activación en la circunvolución temporal superior (relacionada con la cognición) y el orbito lateral-corteza frontal (asociada con la recompensa). Las mismas imágenes, proporcionadas en secuencias aleatorias, exhibieron una disminución significativa o incluso ninguna actividad en estas áreas después de 4 semanas de sesiones grupales de tapping** en los puntos de acupuntura de 2 horas por semana, como se demuestra en los escáneres cerebrales de uno de los individuos (Stapleton P, et al. 2017). Se pueden inferir cambios similares en la actividad cerebral que se corresponden con las imágenes de fMRI.

Los errores de predicción desestabilizan los aprendizajes emocionales de larga data

El cerebro está diseñado para actualizarse (Price RB, et al. 2020) y la **reconsolidación de la memoria** (Feinstein D, 2019) **de la psicología energética es más útil que simplemente *sobreescribir en la memoria* como ocurre en la *terapia de exposición convencional*.**

Si los sujetos en el programa de antojo de comida tocan los puntos de acupuntura que envían señales de desactivación a las partes del cerebro que son estimuladas por una imagen de comida, y la persona no experimenta antojo por esa comida, *ha ocurrido un "error de predicción" y se registra visceralmente*. Con unas pocas repeticiones, la imagen de la comida ya no se convierte en un estímulo para el antojo. Si un sobreviviente de combate con TEPT hace tapping –psicología energética— para enviar señales de desactivación a las áreas del cerebro que se activan al recordar una explosión de batalla y no tiene una

reacción fisiológica al recuerdo, *se ha producido un error de predicción*. Después de algunas repeticiones en varios contextos imaginarios, los sonidos fuertes inesperados ya no desencadenarán reacciones de pánico.

Cuando el estado mental predicho por el aprendizaje anterior no se experimenta porque el tapping ha cambiado los patrones de excitación, el estado mental que se experimenta se convierte en la respuesta esperada en un nuevo aprendizaje que ***reemplaza*** al antiguo aprendizaje.

La importancia clínica de esta secuencia es que, al indicar al cliente que recuerde una situación que evoca una respuesta emocional o conductual desadaptativa mientras hace tapping en los puntos de acupuntura seleccionados, el terapeuta utiliza el tapping para generar señales de desactivación que interrumpirán las vías neurales que codifican el antiguo aprendizaje.

La teoría de la representación dual del TEPT y la Reconsolidación de la memoria

Esta teoría es una de las principales en el modelo cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático (TEPT), por eso vale la pena detenernos en ella. Explica que la experiencia de un evento traumático, único o repetido, se representará en la memoria de manera *dual* a través de dos tipos de representaciones: *S-reps y C-reps,* es decir, memorias de tipo episódica y de tipo contextualizada, respectivamente.

La última versión de la teoría de la representación dual del TEPT (Brewin, & Burgess, 2014) especifica con más detalle la descripción original (1996) de un sistema de memoria basado en imágenes ("situacionalmente memoria accesible) en términos de un *modelo contemporáneo de memoria espacial e imágenes* (Byrne, et al., 2007). Los autores sugieren que estos recuerdos perceptivos consisten de representaciones de 'sensación cercana' ('***S-reps***') que son el producto del procesamiento en el flujo visual dorsal, la ínsula y la amígdala, y que están especializados para la acción sobre el ambiente. Los *S-reps* capturan todo el campo visual, son egocéntricos (se basan en la personalidad de la persona y su propio punto de vista), se activan automáticamente por señales relacionadas flash backs y son relativamente inflexibles.

Es importante notar que dentro de la contextualización de la teoría de la representación dual se refiere a un proceso mediante el cual la ***atención selectiva*** conduce a una recodificación de la entrada sensorial en una descripción estructural abstracta. Esta ***recodificación*** permite luego la interacción con otros conocimientos, recuerdos conscientemente accesibles mejor organizados y reducción involuntaria de intrusiones. Contrariamente a sugerencias recientes (Pearson, 2012; Pearson, et al., 2012), *el proceso no guarda ninguna relación directa con la cantidad de contexto o información explicativa presente en la entrada*. Diferente contenido contextual o explicativo podría facilitar la formación de C-reps (por ejemplo, fomentando alternativas perspectivas visuales), o S-reps (por ejemplo, aumentando el compromiso emocional o disociación).

El efecto de la terapia correspondiente, en estos casos, es la reasociación de la *C-rep* con la correspondiente *S-rep*, de tal manera que la representación sensorial, afectiva y emocional del trauma pueda ser apreciada en el contexto apropiado, sin los malestares negativos que había.

En resumen "traducido", en esta teoría se ha demostrado —con resultados de varias investigaciones— que es posible recuperarse de un trauma a través de la intervención en las memorias episódicas y de trabajo, contextualizadas a cada persona, mediante estrategias espaciales y visuales, relatos verbales y de imágenes en el presente, de tipo selectivo, con focos de atención, disociaciones o estrategias emocionales controladas. Los logros se explican por una recodificación o reconsolidación de la memoria, así como en una disminución significativa en la cantidad y calidad en los flash backs.

Esto también sugiere que *intervenir en la memoria de trabajo durante el recuerdo* afecta la **reconsolidación de esa memoria** (van den Hout y cols., 2015).

Estudios de neurociencia realizados a partir de 2004 (Pedreira, Pérez-Cuesta y Maldonado) muestran que, en efecto, el cerebro tiene la llave de esas sinapsis cerradas: **un tipo de neuroplasticidad conocida como reconsolidación de la memoria**, que, cuando es impulsada por determinadas experiencias, efectivamente abre las sinapsis de un aprendizaje

emocional propuesto como destinatario, y permite que este no solo sea ignorado, sino realmente anulado y borrado por el aprendizaje nuevo. Estos estudios demuestran que el cerebro siempre es capaz de abrir y disolver aprendizajes emocionales y, lo más notable, sabemos cuál es la serie de experiencias que se requiere para ello.

Este período temporal de desconsolidación, o «ventana de reconsolidación», la demostraron muy pronto empíricamente Pedreira, Pérez-Cuesta y Maldonado (2002) en estudios con animales, y después otros en estudios con animales y humanos. Es una ventana de cinco horas durante la cual el aprendizaje destinatario desconsolidado es directamente revisable por un aprendizaje nuevo y por tanto se puede desaprender de raíz y, en consecuencia, deja de existir en la memoria.

El viejo modelo de memoria creía que la memoria era estática, como sacar una foto de un álbum de fotos, mirarla y volver a colocarla en el álbum sin cambios. Sin embargo, los nuevos modelos de la función cerebral muestran que cuando recordamos un recuerdo, podemos asociarlo con señales del presente. Por ejemplo, el recuerdo de una violación puede ser aterrador para que un cliente lo recuerde solo. Cuando se le dice a un terapeuta comprensivo en un entorno seguro, los elementos del entorno actual pueden incorporarse al contenido emocional de un recuerdo. Este fenómeno se denomina reconsolidación de la memoria (Arden, 2013).

A partir de este principio, quienes postulan psicoterapias de cambio emocional profundo y enfocado infieren que ***la reconsolidación de la memoria debe ser el mecanismo neurobiológico del cambio inducido por sus métodos***: la terapia de la coherencia (Ecker, 2006, 2008; Ecker y Hulley, 2011; Ecker y Toomey, 2008), la terapia centrada en las emociones o TCE (Greenberg, 2010), la exposición con tapping de los puntos de acupuntura (Feinstein, 2010), la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares o EMDR (Solomon y Shapiro, 2008), la neurobiología interpersonal o NBIP (Badenoch, 2011) y la terapia psicoanalítica junguiana (Gorman y Roose, 2011).

Ondas cerebrales

Los primeros estudios de EEG —ElectroEncefaloGramas— de los protocolos de tapping en los puntos de acupuntura indicaron que normalizaban los patrones de ondas cerebrales (Swingle P., 2010). El equipo de EEG digitalizado permite ver los cambios en las ondas cerebrales durante las sesiones de tapping. Los investigadores de neurorretroalimentación Gary Groesbeck y Donna Bach, que han realizado *cientos de lecturas de EEG durante sesiones de tapping en los puntos de acupuntura, pueden proyectar las lecturas en una pantalla y explicar a los observadores lo que está ocurriendo*. En la demostración de Groesbeck y Bach explicaron a la audiencia de una conferencia que *cuando el cliente de la demostración se enfocaba en pensamientos estresantes, los patrones de ondas cerebrales iniciales revelaban angustia y problemas con la sincronización del hemisferio izquierdo-derecho.* **Sin embargo, a medida que avanzaba la sesión de tratamiento con EFT, las lecturas mostraron una optimización de los patrones de ondas cerebrales, incluso cuando el cliente se concentraba en los mismos pensamientos estresantes**.

Harper ha demostrado que los aumentos en la actividad delta interrumpen las redes de memoria activadas, lo que recuerda el "sistema de edición de memoria natural" que se encuentra en el sueño de ondas delta (Harper M., 2012). Las lecturas de EEG de Harper mostraron que **la estimulación sensorial repetitiva en las partes superiores del cuerpo, como ocurre con el golpeteo en los puntos de acupuntura, provoca aumentos significativos en la actividad de la onda delta en las regiones del cerebro involucradas en los recuerdos del miedo**. *Después de la estimulación continua, las ondas delta amplificadas reorganizaron la red de memoria activada, lo que permitió al sujeto recordar un recuerdo aterrador sin revivirlo visceralmente, una condición necesaria para el tratamiento exitoso de una variedad de trastornos que van desde fobias hasta TEPT*. Los receptores de glutamato en las sinapsis que median la memoria del miedo fueron "despotenciados por estas poderosas ondas de activación neuronal". Cuando los circuitos neuronales en la amígdala que mantienen la respuesta a la amenaza se desactivan de esta manera, “se elimina la base material de la memoria del miedo”.

Ruden (2019) se basó en estos hallazgos mediante el desarrollo de un modelo que considera la mente, el cuerpo y el cerebro como un sistema eléctrico cuyos circuitos disfuncionales pueden tratarse con **terapias psicosensoriales, como tapping en los puntos de acupuntura, EMDR y Terapia Havening, que generan ondas delta para cambiar la codificación de los recuerdos traumáticos**. A ese modelo terapéutico le llamó Havening o Toque de Seguridad.

Campos electromagnéticos

Otra forma en que el golpeteo en los puntos de acupuntura parece reunir energías que impactan la actividad cerebral de manera terapéutica es influyendo en los campos electromagnéticos que gobiernan los modelos mentales.

La forma original de la psicología energética se conoce, de hecho, como "Terapia del campo del pensamiento" —luego conocida como TFT—, aunque las primeras publicaciones del fundador del método, Roger Callahan, fueron rotundamente criticadas por combinar "conceptos extraídos de la medicina popular china precientífica (p. ej., meridianos) y conceptos malversados de la física (p. ej., campos de energía)" (McNally R., 2001). **Sin embargo, se ha establecido el impacto de los tratamientos de psicología energética en los campos electromagnéticos del cerebro**.

Campos de energía en biología

En física, un campo es una región en la que cada punto se ve afectado por una fuerza específica. En biología, los campos electromagnéticos rodean e interpenetran cada órgano, con electrocardiogramas (ECG) y electroencefalogramas (EEG) que muestran actividad eléctrica en y alrededor del tejido del corazón y el cerebro, respectivamente. Los campos electromagnéticos también se pueden encontrar a nivel celular y se pueden generar espontáneamente. Después de que se mantiene una herida, por ejemplo, se desarrolla un campo electromagnético y organiza la actividad celular en el proceso de curación, actuando sobre el cuerpo para estimular el crecimiento y la reparación (Liboff AR., 2004). Según Oschman (2000), el campo eléctrico creado en el sitio de una herida persiste hasta que se completa la reparación, atrayendo células móviles de la

piel, fibroblastos y glóbulos blancos que cierran y curan las heridas. Finalmente, a medida que avanza la curación, la corriente fluctúa y "retroalimenta la información sobre el progreso de la reparación a los tejidos circundantes".

El impacto propuesto del biocampo en procesos fisiológicos como la división celular ha ido ganando cada vez más atención (Hammerschlag R, et al. 2015).

Después de revisar las publicaciones científicas de Harold Burr, Ron Matthews (2007, p. 55), ingeniero eléctrico de una gran corporación estadounidense, escribió en una revista revisada por pares que sus dispositivos eran confiables y "notable para su época". *Debido a que las evaluaciones se pueden realizar sin electrodos que realmente toquen la piel, Burr razonó que estaba detectando un fenómeno de campo*.

Burr descubrió que el *campo eléctrico* que rodeaba un huevo de salamandra no fertilizado tenía la forma de una salamandra madura, como si el plano para el adulto ya estuviera dentro del campo de energía del huevo. El óvulo no fertilizado ya poseía el eje eléctrico que luego se alinearía con el cerebro y la médula espinal. Burr continuó descubriendo campos de energía alrededor de una variedad de organismos, incluidos mohos, plantas, ranas y humanos, y pudo describir patrones eléctricos que diferenciaban la salud de la enfermedad. Descubrió, por ejemplo, que cuando se observaron patrones electromagnéticos asociados con el cáncer en ratones *que no mostraban síntomas fisiológicos de malignidad*, los ratones finalmente desarrollaron cáncer.

Para probar aún más su hipótesis, Burr llevó a cabo un estudio innovador en un hospital en la década de 1940 (Langman L, Burr HS., 1947). Descubrió que las irregularidades de voltaje que rodean el cuello uterino podían predecir tumores malignos con un 85 % de precisión en más de 1000 mujeres que presentaban síntomas ginecológicos, pero sin diagnóstico de cáncer hasta ese momento. También descubrió correlaciones no solo entre patologías específicas y características eléctricas de los órganos correspondientes, sino *también que la enfermedad física está precedida por cambios en el campo de energía de un*

organismo (1935), **un hallazgo potencialmente fundamental para la medicina preventiva y un principio central de las modalidades de curación energética**. Al resumir las implicaciones de los hallazgos de Burr, Dawson Church (2018) señaló que "*el cáncer estaba apareciendo en la energía antes de que apareciera en las células. Los campos de energía forman las plantillas alrededor de las cuales se condensa la materia.* ***Cambia el campo y cambias la materia***".

Modelos mentales

Los modelos mentales son representaciones internas del yo, el mundo y la relación entre ambos. Son, con diferentes nombres y formulaciones conceptuales, las unidades esenciales de cambio en muchos marcos terapéuticos. Tales modelos, por supuesto, no se almacenan en una sola área del cerebro. Están, más bien, distribuidos en muchas áreas. La dinámica es similar a la forma en que los recuerdos se almacenan en múltiples ubicaciones.

En las tres teorías que intentan explicar los modelos mentales (red cerebral, transmisión neuronal y campos mórficos), las neuronas resuenan en un campo o una frecuencia que coordina sus actividades.

Dos cualidades clínicamente vitales que distinguen la energía de la química son la velocidad y la capacidad de respuesta. Bruce Lipton (2005), un biólogo celular que realizó un trabajo pionero sobre las células madre y la expresión génica, señala que **cientos de estudios científicos realizados durante décadas han "revelado consistentemente que las 'fuerzas invisibles' del espectro electromagnético impactan profundamente cada faceta de la regulación biológica"**. **Lipton enfatiza que "*la velocidad de las señales electromagnéticas es de 186,000 millas por segundo, mientras que la velocidad de un químico difusible es considerablemente menor a 1 centímetro por segundo*"**, con gran parte de la energía de la señal perdida en el calor generado por termo-acoplamiento químico. Y Lipton llega a la dramática conclusión de que "***las señales de energía electromagnética son 100 veces más eficientes e infinitamente más rápidas que las señales químicas***".

El campo electromagnético del cerebro puede ser detectado y medido por varios dispositivos, siendo la magnetoencefalografía (MEG) uno de los más utilizados. **Se ha demostrado que existen campos electromagnéticos en todo el cuerpo**. Los gradientes de voltaje permanentes, los campos eléctricos en los espacios entre las células, influyen en la división celular, la migración y la diferenciación, además del flujo de impulsos eléctricos que viajan de neurona a neurona (McCaig CD, 2009). **Estos micro campos eléctricos contribuyen al mayor campo electromagnético del cerebro**. De la misma manera que un campo electromagnético dirige la actividad celular en la cicatrización de heridas, se cree que el campo electromagnético del cerebro gobierna procesos biológicos enormemente complejos e influye en las emociones, los modelos mentales y el comportamiento (Kreitzer MJ, Saper R., 2015). **El modelo mecanicista de "bloquear y acoplar", por otro lado, es inadecuado para explicar las comunicaciones de alta velocidad a través del sistema nervioso**.

La extraordinaria sensibilidad y capacidad de respuesta de los organismos a las señales diminutas del entorno incluye la capacidad de detectar campos electromagnéticos extremadamente débiles y discriminarlos del "ruido" de fondo que involucra señales mucho más fuertes (Liboff AR., 2004). Lohman et al. (2022) afirman que se tenga en cuenta que "**la idea de que los animales —aves migratorias, tortugas marinas, langostas y salmones— usan el campo magnético de la Tierra como una especie de mapa ha pasado de ser una hipótesis polémica a un principio bien establecido de navegación animal".**

También se está acumulando evidencia de que las ondas cerebrales responden a cambios en los campos magnéticos de la Tierra (Wang CX, et al. 2019) **y que el comportamiento humano está influenciado por la actividad solar** (Vares DAE, Persinger MA., 2015). Reconocer esta sensibilidad a los sutiles gradientes de información electromagnética señala el camino para futuras investigaciones sobre las relaciones entre el campo electromagnético del cerebro y los procesos mentales, con la aparición de modelos sofisticados, aunque altamente especulativos (McFadden J.,

2020; Idris Z., 2020).

Energías sutiles

Las energías que no pueden ser detectadas por instrumentos científicos convencionales, pero que se cree que son la infraestructura de los sistemas fisiológicos y electromagnéticos del cuerpo, se denominan "energías sutiles" (Swanson C., 2010). Las concepciones de tales energías han jugado un papel central en las visiones del mundo de muchas sociedades a lo largo de la historia. **Se han identificado al menos 97 culturas cuyos sistemas de curación, que a menudo se remontan a miles de años, se refieren a un "campo de energía humano"** (White J, Krippner S., 1977). Los ejemplos incluyen Prana en sánscrito, qi (también deletreado chi) en China, ki en Japón, barakah en Islam, wakan en Lakota Sioux, ruah en hebreo, orenda en iroqués y pneuma en la antigua Grecia. A pesar de que estos términos se interpretan con frecuencia como "energía" en Occidente, cada uno se refiere a una construcción más grande que la energía electromagnética. Por ejemplo, la noción de qi sirve como base teórica principal para la medicina, la filosofía, la cultura y las ciencias naturales tradicionales chinas. Jonas ha señalado que, si bien la medicina china reconoce las "características observables de la energía, como la capacidad de trabajar y acumularse, almacenarse, descargarse y proyectarse desde el cuerpo, el qi también tiene características de inteligencia e información" (Jonas WB, 2003).

Esta energía de fuerza vital subyacente, que está en el núcleo de la sanación energética, nunca ha sido reflejada directamente por instrumentos científicos, *pero tampoco la fuerza de la gravedad*. Los efectos de ambos, sin embargo, pueden mostrarse claramente. Una brizna de hierba que atraviesa el hormigón es la fuerza vital en movimiento. Un cuerpo justo después de la muerte es la fuerza vital que partió.

Los **principales sistemas de energía sutil** a los que se dirigen las intervenciones de psicología energética, según la ACEP —Asociación internacional para la Psicología Energética Integral—, son los **chakras** de los Vedas indios, que datan de hace unos 3.500 años; los **meridianos** de la antigua medicina china; y el aura que se describe en diversas tradiciones religiosas y se estudia científicamente como el "**biocampo**"

(Rubik B, et al. 2015). Si bien se han escrito muchos tomos sobre cada uno de estos temas, las características clave para comprender las acciones de las intervenciones de la psicología energética es que cada una contiene información matizada y exhibe una inteligencia más allá de las concepciones existentes de los campos electromagnéticos. **Si bien el ojo humano no puede ver estas energías, han sido vistas, sentidas y percibidas por curanderos y sensitivos de muchas tradiciones diferentes a lo largo de la historia, cuyas descripciones se corroboran entre sí** (Eden D., 2008).

Si bien las preguntas sobre la naturaleza de los biocampos u otras "energías sutiles" (si no son electromagnéticas) permanecen abiertas, Jain et al. (2015) señalan que las terapias de biocampo —como el Reiki— están incluidas en el Código de Clasificación de Intervenciones de Enfermería y son reconocidas por algunas juntas estatales de licencias como dentro del ámbito de la práctica de enfermería. También presentan evidencia emergente de la efectividad de las terapias de biocampo en el tratamiento de la artritis, la demencia, la disfunción cardiovascular y como complemento en la atención del cáncer que ha demostrado reducir los síntomas de dolor, fatiga, ansiedad y depresión.

Algunas personas tienen una "energía" (un biocampo) y —estando sanas— realizando una "imposición de manos" sobre el agua utilizada para regar una planta ha resultado en un crecimiento más robusto en comparación con el uso de agua manejada por una persona deprimida (Grad B., 1967). Un experimento de psicología energética corroboró recientemente este hallazgo anterior. Se colocaron subrepticiamente semillas de quimbombó en la parte posterior de un portapapeles que se le dio a una mujer de 42 años diagnosticada con un trastorno depresivo mayor según el Inventario de Depresión de Beck (Church D.). La proporción de semillas que germinaron y la cantidad de crecimiento del vello de la raíz 72 horas más tarde fue significativamente menor que para un grupo de control de semillas que no había estado en su presencia. Luego, la mujer recibió una sesión de tratamiento de dos horas utilizando un protocolo de psicología energética para enfocarse en su depresión. En ese momento, se le entregó nuevamente el

inventario de la depresión, con otro lote de semillas de *okra* adjunto al portapapeles. El crecimiento de estas semillas fue significativamente mayor que el de las semillas que habían estado en su presencia antes del tratamiento o el de las semillas de control. Mientras tanto, su puntuación de depresión se redujo de 20 (que indica depresión moderada) a 3 (depresión mínima) después de la única sesión. La conclusión que extrajo el investigador de este hallazgo es que los cambios en el biocampo de la mujer durante la sesión de tratamiento afectaron las tasas de germinación de la semilla de okra.

Los campos de energía codifican los potenciales físicos y psicológicos

Si bien los beneficios clínicos de utilizar energías sutiles, e incluso la existencia de energías sutiles, siguen siendo temas especulativos y de debate científico, los profesionales de la psicología energética generalmente creen que están trabajando con energías que operan más allá de las descripciones que se encuentran en los paradigmas clínicos convencionales (Feinstein D., 2021).

El papel de las energías sutiles en los resultados clínicos (si los hay) sigue siendo un área de controversia (Leskowitz E., 2018).

Influencias cuánticas

Varias investigaciones que emplean equipos de EEG han demostrado que los curanderos pueden afectar las ondas cerebrales de otras personas desde lejos (McTaggart L. 2007). Los fenómenos a distancia, desde la oración de intercesión hasta la curación a distancia, están bien documentados (Radin D, 2006; Matos LC, et al. 2021). Debido a que la física cuántica es la única disciplina científica que ha demostrado efectos *no locales* (o sea, la "acción espeluznante a distancia" de Einstein), la especulación sobre las formas en que los fenómenos cuánticos, generalmente confinados a reinos subatómicos, podrían afectar sistemas más grandes ha llevado a una discusión sustancial sobre cómo “las ideas cuánticas funcionan para modelar la cognición” (Pylkkänen P., 2014).

Muchos físicos se han mostrado muy escépticos acerca de

la *no localidad*, que solo se demostró en condiciones de laboratorio. Sin embargo, los experimentos que comenzaron en la década de 1990 (con J. Grinberg y otros) demostraron tales efectos a una distancia de más de 10 kilómetros, y los experimentos posteriores han fortalecido la evidencia de este fenómeno contrario a la intuición (Salart D, et al. 2008).

El físico de Oxford Vlatko Vedral señala que el entrelazamiento cuántico se puede encontrar en sistemas grandes. No es solo una anomalía entre dos fotones o electrones como se creía originalmente. Explica que, tradicionalmente, "el enredo se consideraba una peculiaridad de los objetos microscópicos que desafiaba una explicación de sentido común. Ahora, sin embargo, se reconoce que el entrelazamiento es ubicuo y robusto —incluso— en sistemas macroscópicos" (Vedral V, 2008). **Se desconoce si un medio invisible o alguna forma de resonancia está involucrada en los efectos a distancia, pero la evidencia preliminar sugiere que el tapping en los puntos de acupuntura puede ejercer una influencia clínicamente beneficiosa a distancia.** *Mientras tanto, las influencias de los efectos cuánticos en la relación personal terapeuta-cliente durante las sesiones de psicología energética es un área que espera una investigación preliminar.*

Seis premisas respaldadas empíricamente sobre la psicología energética: evidencia creciente para una terapia controvertida

David Feinstein (2021) menciona que se evaluó una base de datos de artículos de revistas revisados por pares que exploran la subespecialidad emergente conocida como "psicología energética". Ese artículo se centra en los 245 ensayos clínicos, metanálisis, evaluaciones sistemáticas y piezas teóricas que examinan los protocolos de psicología energética que incluyen hacer tapping en los puntos de acupuntura (acupuntos), la intervención más utilizada e investigada en psicología energética.

La revisión deriva 6 premisas sobre la eficacia, velocidad, durabilidad y efectos fisiológicos del método que tienen

suficiente apoyo empírico (al menos 6 ensayos clínicos cada uno) para servir para delinear y hacer afirmaciones sobre el enfoque. Estos incluyen que los protocolos de tapping en los puntos de acupuntura:

(a) son efectivos en el tratamiento de una variedad de condiciones clínicas, (b) son rápidos en comparación con los tratamientos convencionales,

(c) conducen a beneficios duraderos,

(d) producen cambios en los marcadores biológicos que corroboran las evaluaciones subjetivas de los clientes,

(e) son un ingrediente crítico para los efectos clínicos demostrados y (f) envían señales que pueden aumentar o disminuir la excitación en áreas específicas del cerebro.

Una consideración adicional de los mecanismos que conducen a los resultados rápidos y duraderos informados sugiere que el enfoque tiene una capacidad inusual para revisar modelos mentales obsoletos.

Específicamente, se desarrolla una hipótesis que propone que los protocolos de tapping en los puntos de acupuntura facilitan producir experiencias vívidas y emocionalmente intensas que contradicen modelos mentales obsoletos. Se ha demostrado que estos desajustes entre lo que se espera y lo que realmente ocurre, llamados "errores de predicción", son un requisito esencial para alterar sustancialmente un modelo mental desadaptativo y reconsolidar un modelo mental revisado en las redes neuronales existentes.

La clave del tapping es realmente hacer el tapping cuando reconozcas tu problema y lo digas en voz alta. Es el aspecto físico lo que cambia la respuesta, no solo exponer su problema. Nosotros ahora sabemos a través de la investigación que este aspecto del tapping es un ingrediente activo clave en el proceso de trabajo (Stapleton, 2023).

Conclusión

Se ha demostrado que el lugar de la energía en la psicología energética toma en cuenta principios bien

establecidos que involucran señales eléctricas, ondas cerebrales y campos electromagnéticos. Estos principios se han aplicado para explicar los resultados rápidos y duraderos observados en una amplia gama de condiciones después de los tratamientos de psicología energética.

Y también se han propuesto mecanismos más especulativos, como energías sutiles e influencias cuánticas. Si bien su papel en los resultados clínicos demostrados sigue siendo un área de controversia, sugieren formas en que un marco de psicología energética puede ser útil para abordar reinos más profundos, aunque más sutiles de la experiencia y el potencial humanos. Una mayor investigación sobre la naturaleza de la energía sutil y las relaciones entre la energía sutil, la conciencia y el cerebro proporcionará un contexto adicional para comprender estas posibilidades.

El tapping en el punto de acupuntura se puede incorporar fácilmente en varios marcos psicoterapéuticos, y ese es el contexto en el que la mayoría de los médicos y terapeutas lo utilizan. Las afirmaciones de ellos de mejoras rápidas en una amplia gama de condiciones, aunque ahora están respaldadas por más de 100 ECA —Ensayos Clínicos Aleatorizados— y otros estudios de resultados sistemáticos, continúan siendo recibidas con escepticismo por parte de la comunidad clínica. Sin embargo, para agregar más credibilidad al enfoque, *ha sido la formulación de explicaciones plausibles para los mecanismos de acción que no se basan en filosofías antiguas o los efectos de fuerzas invisibles*.

Feinstein (2023) afirma que ***la jerarquía de la evidencia de las psicoterapias que usan tapping en los puntos de acupuntura*** incluye 28 revisiones sistemáticas o metanálisis, 125 ensayos clínicos, 24 estudios de casos, 26 informes que describen observaciones sistemáticas, 17 ensayos clínicos de métodos mixtos que incluyeron un componente de *tapping* y 88 artículos. abordando procedimientos clínicos, teoría, mecanismos o temas relacionados. Se identificó la consistencia en los resultados positivos luego del *tapping* de puntos de acupuntura seleccionados para una variedad de condiciones y se discutieron las debilidades en los diseños de los estudios. Los

mecanismos de acción se consideran brevemente y se presentan sugerencias para integrar los protocolos de *tapping* en los puntos de acupuntura en la práctica clínica. ***Y, aunque se necesita más investigación, la creciente base de evidencia que documenta la efectividad, la velocidad y la durabilidad del enfoque parece prometedora.***

A.- Reconsolidación de la memoria

Después de completar una rutina de tapping es útil mirar a su alrededor y luego concentrarse en algo en el entorno.

Puedes hacer que el consultante abra los ojos, si es que los tenía cerrados. Puedes distraerlo preguntándole la fecha de hoy o la hora actual.

En este sentido, estás cambiando en el consultante su enfoque hacia el exterior y lejos de su experiencia interna, que es donde se activó el estrés. Fred Gallo ha encontrado que esta interrupción ayuda a sellar cualquier mejora que haya logrado hasta ahora. A continuación, que el consultante vuelva a pensar en el problema. *Cuando recupera la memoria, es la memoria alterada la que se recupera y no la original*. Esto puede ser consistente con el proceso de ***reconsolidación de la memoria*** (Ecker, 2020, citado en Gallo, 2022).

Referencias

Ahn AC, Colbert AP, Anderson BJ, Martinsen ØG, Hammerschlag R, Cina S, et al. Electrical properties of acupuncture points and meridians: A systematic review. Bioelectromagnetics. 2008; 29: 245-256.

Andrade, Joaquin, M.D.; Feinstein, David, Ph.D. (2004). ENERGY PSYCHOLOGY: Theory, Indications, Evidence Energy Psychology Interactive: An Integrated Book and CD Program for Learning the Fundamentals of Energy Psychology (Ashland, OR: Innersource, 2004). Artículo completo en inglés: https://academiaeft.com/web/media/andrade_feinstein_paper-1.pdf

Andrade, Joaquin y Navatta, Florencia (2020). "Más allá del tapping…AMSB". Publicación Independiente en Kindle.

Andrade, Joaquin (2011). "De la energía a la neurociencia". Conferencia en el 6º Encuentro Internacional de Técnicas de Liberación Emocional: https://www.youtube.com/watch?v=neu6EZB0Td4

Bach D, Groesbeck G, Stapleton P, Sims R, Blickheuser K, Church D. Clinical EFT (Emotional Freedom Techniques) improves multiple physiological markers of health. J Evid Based Integr Med. 2019; 24: 2515690X18823691.

Bagriantsev SN, Gracheva EO, Gallagher PG. Piezo proteins: Regulators of mechanosensation and other cellular processes. J Biol Chem. 2014; 289: 31673-31681.

Baker AH, Siegel MA. Emotional freedom techniques (EFT) reduces intense fears: A partial replication and extension of Wells et al. Energy Psychol Theory Res Treat. 2010; 2: 13-30.

Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: Foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, *140*(1), 69–97. https://doi.org/10.1037/a0033722

Burr HS. The fields of life. New York: Ballantine; 1972.

Burr HS, Northrop FS. The electro-dynamic theory of life. Q Rev Biol. 1935; 10: 322-333.

Buschman TJ, Denovellis EL, Diogo C, Bullock D, Miller EK. Synchronous oscillatory neural ensembles for rules in the prefrontal cortex. Neuron. 2012; 76: 838-846.

Church D. Mind to matter. Carlsbad: Hay House; 2018.

Church D, Stapleton P, Yang A, Gallo F. Is tapping on acupuncture points an active ingredient in emotional freedom techniques? A systematic review and meta-analysis of comparative studies. J Nerv Ment Dis. 2018; 206: 783-793.

Church D, Stapleton P, Kip K, Gallo F. Corrigendum to: Is Tapping on Acupuncture Points an Active Ingredient in Emotional Freedom Techniques: A Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. J Nerv Ment Dis. 2020 Aug;208(8):632-635. doi: 10.1097/NMD.0000000000001222.

Di Rienzo F, Saruco E, Church D, Daligault S, Delpuech C, Gurret JM, et al. Neuropsychological correlates of an energy psychology intervention on flight phobia: A MEG single-case study. 2019. Doi: 10.31234/osf.io/s3hce.

Ecker, Bruce; Ticic, Robin; y Hulley, Laurel (2020). "La reconsolidación de la memoria: desbloqueo del cerebro emocional para la erradicación de los síntomas en psicoterapia". Primera edición. Barcelona: Octaedro, S.L.

Eden D. Energy medicine. New York: Tarcher Penguin Random House; 2008.

Feinstein, D. (2023). Integrating the manual stimulation of acupuncture points into psychotherapy: A systematic review with clinical recommendations. Journal of Psychotherapy Integration, 33(1), 47–67. https://doi.org/10.1037/int0000283

Feinstein D. Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. Explore. 2019; 15: 340-351.

Feinstein D. The Energy of Energy Psychology. OBM Integrative and Complementary Medicine 2022; 7(2): 015; doi:10.21926/obm.icm.2202015.

Feinstein D. Uses of Energy Psychology Following Catastrophic Events. Front Psychol. 2022 Apr 25;13:856209. doi: 10.3389/fpsyg.2022.856209.

Feinstein D. Six empirically-supported premises about energy psychology: Mounting evidence for a controversial therapy. Adv Mind Body Med. 2021; 35: 17-32.

Feinstein D. Perceptions, reflections, and guidelines for using energy psychology: A distillation of 800+ surveys and interviews with practitioners and clients. Energy Psychol Theory Res Treat. 2021; 13: 13-46.

Grad B. The "laying on of hands": Implications for psychotherapy, gentling, and the placebo effect. J Am Soc Psych Res. 1967; 61: 286-305.

Grinberg-Zylberbaum, J.; Goswami, A.; Delaflor, M.; Attie, L.B.; (1994b). The EPR Paradox in the Human Brain. The Transferred Potential. Physics Essays. 7/4, Dec, 422-428. 36)

Grinberg-Zylberbaum J.; Attie L.B.; et al (1995). Electrofisiología de la interacción entre cerebros. Topografía del Potencial Transferido y la Teoría Sintérgica. Revista Mexicana de Psicología. Vol. 12; No 1; pág. 33-53.Mex.
Harper M. Taming the amygdala: An EEG analysis of exposure therapy for the traumatized. Traumatology. 2012; 18: 61-74.
Hammerschlag R, Levin M, McCraty R, Bat N, Ives JA, Lutgendorf SK, et al. Biofield physiology: A framework for an emerging discipline. Glob Adv Health Med. 2015; 4: 35-41.
Idris Z. Quantum physics perspective on electromagnetic and quantum fields inside the brain. Malaysian J Med Health Sci. 2020; 27: 1-5.
Jain S, Hammerschlag R, Mills P, Cohen L, Krieger R, Vieten C, et al. Clinical studies of biofield therapies: Summary, methodological challenges, and recommendations. Glob Adv Health Med. 2015; 4: 58-66.
Jonas WB. Qigong: Basic science studies in biology. In: Healing intention and energy medicine: Science, research methods and clinical implications. Philadelphia: Elsevier; 2003. pp.103.
König N, Stever S, Seebacher J, von Prittwitz Q, Bliem H, Rossi S. How therapeutic tapping can alter neural correlates of emotional prosody processing in anxiety. Brain Sci. 2019; 9: 206.
Kreitzer MJ, Saper R. Exploring the bio. Glob Adv Health Med. 2015; 4: 3-4.
Langevin HM, Yandow JA. Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. Anat Rec. 2002; 269: 257-265.
Langman L, Burr HS. Electrometric studies in women with malignancy of cervix uteri. Science. 1947; 105: 209-210.
Leskowitz E. A cartography of energy medicine: From subtle anatomy to energy physiology. Explore. 2020; 18: 152-164.
Leskowitz E. How tapping into "energy" can trigger a paradigm shift in biomedicine. J Altern Complement Med. 2018; 24: 525-527.
Liboff AR. Toward an electromagnetic paradigm for biology and medicine. J Altern Complement Med. 2004; 10: 41-47.
Lightbody ST. 361 classical acupuncture points: The names, functions, descriptions and locations. Hackensack: World Scientific; 2020.
Li J, Wang Q, Liang H, Dong H, Li Y, Ng EH, et al. Biophysical characteristics of meridians and acupoints: A systematic review. Evid Based Complementary Altern Med. 2012; 2012: 793841.
Li T, Tang BQ, Zhang WB, Zhao M, Hu Q, Ahn A. In vivo visualization of the pericardium meridian with fluorescent dyes. Evid Based Complementary Altern Med. 2021; 2021: 5581227.
Lipton BH. The biology of belief. Santa Rosa: Elite; 2005.
Lohmann KJ, Goforth KM, Mackiewicz AG, Lim DS, Lohmann CM. Magnetic maps in animal navigation. J Comp Physiol A. 2022; 208: 41-67.
Matos LC, Machado JP, Monteiro FJ, Greten HJ. Perspectives, measurability and effects of non-contact bio-based practices: A narrative review of quantitative research. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18: 6397.
Matthews RE. Harold Burr's bios: Measuring the electromagnetics of life. Subtle Energ Energy Med. 2007; 18: 55-61.
McCaig CD, Song B, Rajnicek AM. Electrical dimensions in cell science. J Cell Sci. 2009; 122: 4267-4276.
McCraty R. Science of the heart: Exploring the role of the heart in human performance. Boulder Creek: HeartMath Institute; 2015.
McFadden J. Integrating information in the brain's EM field: The cemi theory of consciousness. Neurosci Conscious. 2020; 2020: niaa016.
McNally R. Tertullian's motto and Callahan's method. J Clin Psychol. 2001; 57: 1171-1174.
McTaggart L. The intention experiment: Using your thoughts to change your life and the world. New York: Free Press; 2007.
National Institutes of Health. Large scale electrical oscillations across distant brain regions (news release) [Internet]. Bethesda: National Institutes of Health; 2012. Available from: https://www.nih.gov/news-events/news-releases/sync-brain-waves-hold-memory-objects-just-seen.
Nishinaka A, Nitta K, Seki T, Hara H, Shimazawa M. The changes in blood flow seen in the eye after foot acupuncture treatment in mice. Evid Based Complementary Altern Med. 2020; 2020: 6405471.
Oschman JL. Energy medicine in therapeutics and human performance. New York: Elsevier; 2003.
Oschman JL. Energy medicine: The scientific basis. New York: Harcourt; 2000.
Pylkkänen P. Fundamental physics and the mind–is there a connection? In: H Atmanspacher, C Bergomi, T Filk, K Kitto, (eds) Quantum Interaction. 8th International Conference, QI 2014, Filzbach, Switzerland, June 30 - July 3, 2014, pp 3-11.
Radin D. Special issue on energy medicine. Explore. 2021; 17: 9-10.
Radin D. Entangled minds: Extrasensory experiences in a quantum reality. New York: Paraview; 2006.
Rubik B, Pavek R, Greene E, Laurence D, Ward R, Al E. Manual healing methods. In: Alternative medicine: Expanding medical horizons: A report to the National Institutes of Health on alternative medical systems and practices in the United States. Washington: US Government Printing Office; 1995. pp.113-157.
Rubik B, Muehsam D, Hammerschlag R, Jain S. Biofield science and healing: History, terminology, and concepts. Glob Adv Health Med. 2015; 4: 8-14.
Ruden RA. Harnessing electroceuticals to treat disorders arising from traumatic stress: Theoretical considerations using a psychosensory model. Explore. 2019; 15: 222-229.
Salart D, Baas A, Branciard C, Gisin N, Zbinden H. Testing the speed of "spooky action at a distance." Nature. 2008; 454: 861-864.
Sheldrake, R. A new science of life: The hypothesis of morphic resonance. Rochester: Park Street Press; 1981.
Schuman EM, Madison DV. Locally distributed synaptic potentiation in the hippocampus. Science. 1994; 263: 532-536.
Stapleton, P., Kip, K., Church, D., Toussaint, L., Footman, J., Ballantyne, P., and O'Keefe, T. (2023). Emotional freedom techniques for treating post traumatic stress disorder: an updated systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 14, 2023. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1195286.
Stapleton P, Buchan C, Mitchell I, McGrath Y, Gorton P, Carter B. An initial investigation of neural changes in overweight adults with food cravings after emotional freedom techniques. OBM Integr Complementary Med. 2019; 4. Doi: 10.21926/obm.icm.1901010.
Stapleton P, Bannatyne A, Chatwin H, Urzi KC, Porter B, Sheldon T. Secondary psychological outcomes in a controlled trial of emotional freedom techniques and cognitive behaviour therapy in the treatment of food cravings. Complement Ther Clin Pract. 2017; 28: 136-145.
Swanson C. Lifeforce: The scientific basis. Tucson: Poseidia Press; 2011.
Swanson C. Life force: The scientific basis. Tucson: Poseidia; 2010.
Swingle P. Emotional freedom techniques (EFT) as an effective adjunctive treatment in the neurotherapeutic treatment of seizure disorders. Energy Psychol Theory Res Treat. 2010; 2: 29-38.
Tiller WA, Dibble WF, Kohane MJ. Exploring robust interactions between human intention and inanimate/animate systems! Subtle Energ Energy Med. 2001; 11: 265-291.
Vares DAE, Persinger MA. Correlations between a new daily global indicator of human behavior, threshold seismicity, and solar activity: Congruence of energy and implications [Internet]. Framingham: Global Journals Inc.; 2015.
Vedral V. Quantifying entanglement in macroscopic systems. Nature. 2008; 453: 1004-1007.
Wang CX, Hilburn IA, Wu DA, Mizuhara Y, Cousté CP, Abrahams JNH, et al. Transduction of the geomagnetic as evidenced from alpha-band activity in the human brain. eNeuro. 2019; 6: ENEURO.0483-18.
Wells S, Polglase K, Andrews HB, Carrington P, Baker AH. Evaluation of a meridian-based intervention, emotional freedom techniques (EFT), for reducing specific phobias of small animals. J Clin Psychol. 2003; 59: 943-966.
White J, Krippner S. Future science: Life energies and the physics of paranormal phenomena. New York: Anchor; 1977.
Zhang ZJ, Wang XM, McAlonan GM. Neural acupuncture unit: A new concept for interpreting effects and mechanisms of acupuncture. Evid Based Complementary Altern Med. 2012; 2012: 429412.

49.- TERAPIAS DE MOVIMIENTOS ENERGÉTICOS BASADAS EN EVIDENCIA ¿CONTROVERTIDA?

TFT

En 2016, la Administración de Servicios de Salud Mental (SAMHSA), a través del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en Evidencia (NREPP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Abuso de Sustancias, declaró a TFT como una terapia eficaz basada en la evidencia para reducir el trauma y los trastornos relacionados con el estrés, así como Autorregulación y Resiliencia Personal/Autoconcepto. De acuerdo con el NREPP, la TFT puede considerarse una terapia eficaz, lo que ameritaría más estudios. Este fue de hecho un hito en el campo de la psicología energética y las técnicas de tapping (Irgens, 2017).

En un estudio aleatorizado y controlado con un seguimiento de 12 meses, Irgens y cols. (2017) comparan la eficacia de Terapia del Campo de Pensamiento (TFT o Thought Field Therapy, creada por Roger Callahan) y la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) para pacientes con agorafobia. Agorafobia es un temor obsesivo ante los espacios abiertos o descubiertos que puede constituirse como un transtorno psicopatológico.

En el método utilizado, setenta y dos pacientes fueron asignados al azar a TCC (N = 24), TFT (N = 24) o una Condición de Lista de Espera (WLC) (N = 24) después de un procedimiento de diagnóstico que incluye el MINI PLUS que se realizó antes del tratamiento o WLC Después de un período de espera de 3 meses, los pacientes con WL fueron asignados al azar a TCC (n = 12) o TFT (n = 12), y todos los pacientes fueron reevaluados

después del tratamiento o período de espera y a los 12 meses de seguimiento. Al principio compararon los tres grupos CBT, TFT y WL. Después de la aleatorización posterior a WL, comparamos la TCC (N = 12 + 24 = 36) con la TFT (N = 12 + 24 = 36), aplicando los puntajes previos al tratamiento como referencia para todos los pacientes. La medida de resultado primaria fue un puntaje de síntomas de la Escala de Entrevistas de Trastornos de Ansiedad que fue realizada por un entrevistador cegado a la condición del tratamiento. Para las comparaciones estadísticas, utilizaron la prueba t de la muestra independiente, la prueba exacta de Fisher y las pruebas ANOVA y ANCOVA.

En los resultados, se informa que tanto la TCC como la TFT mostraron mejores resultados que la WLC ($p < 0.001$) en el postratamiento. Después del tratamiento y a los 12 meses de seguimiento, no hubo diferencias significativas entre la TCC y la TFT ($p = 0,33$ y $p = 0,90$, respectivamente).

Este artículo concluye informando que es el primer estudio que compara TFT con TCC para cualquier trastorno. *E indicando que TFT puede ser un tratamiento eficiente para pacientes con agorafobia.*

EFT

La Técnica de Liberación Emocional (EFT) es un método terapéutico de autoayuda basado en la evidencia y más de 125 estudios demuestran su eficacia (ACEP, 2022). Sin embargo, la información sobre los efectos fisiológicos de EFT aún es limitada.

Afirma el Dr. Dawson Church (2018): "*EFT ha sido investigado en más de 10 países (Estados Unidos, Australia, India, Argentina, Uruguay, Corea del Sur, entre otros), por más de 60 investigadores, cuyos resultados han sido publicados en más de 20 diferentes publicaciones revisadas. Y la investigación sobre EFT incluye investigadores afiliados a diferentes instituciones*".

Continúa Church: «*Si bien hay muchas variantes formales*

e informales de EFT, la forma de EFT validada en más de 100 estudios y conforme a los estándares APA (American Psychological Association) se llama Clinical EFT".

La investigadora Dra. Peta Stapleton afirma que EFT Tapping se encuentra en el 10% superior de los tratamientos que se investigan en el campo de la psicología energética. La investigación hasta la fecha incluye más de 100 publicaciones científicas, con al menos 50 ensayos controlados aleatorios, 40 estudios de resultados previos y posteriores, ¡y el 98% de esos 90 estudios muestran efectividad! Además, cuatro metaanálisis, cinco revisiones sistemáticas y muchos cientos de estudios de casos contribuyen a la evidencia de que EFT funciona.

Las revistas científicas y Bases de datos o fuentes donde se encontraron publicadas o difundidas las investigaciones y meta-análisis son: PubMed Ncbi, APA Psyc Net, Researchgate, etcétera.

En julio 2012, el EFT —la joya de la corona en la Psicología Energética— fue considerado por la APA (Asociación Psicológica Americana) como "probablemente eficaz", de acuerdo al metaanálisis de 51 investigaciones publicadas hasta ese entonces, 18 de las cuales eran RCTs o estudios controlados aleatorizados (Feinstein, 2012). En julio de 2012, la ACEP (Association for Comprehensive Energy Psychology) presentó a la APA una solicitud para ofrecer cursos de psicología energética y cuatro meses después se le informó discretamente que esta solicitud había sido aprobada.

Esto revierte una decisión de 1999 de la APA que prohibía que sus proveedores aprobados por esta Asociación ofrecieran créditos CE para la terapia de Campo de pensamiento —de Roger Callahan— y, por extensión, todos los cursos que enseñaran cómo influir supuestamente en los "campos de energía" del cuerpo estimulando puntos de acupresión o utilizando técnicas relacionadas (estos enfoques son colectivamente conocidos como "psicología energética").

Los hallazgos de 2012 (En Feinstein), corroborados por la decisión de la APA, agregan el tapping de los puntos de acupuntura a la meditación de atención plena o Mindfulness (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006) y estimulación

bilateral (Benish, Imel y Wampold, 2008) como tratamientos no convencionales basados en evidencia, cuyos mecanismos de acción son aún poco claros y controvertidos, pero cuya eficacia parece digna de atención por parte de profesionales en ejercicio.

Hasta agosto de 2023, se han publicado más de 88 ensayos controlados aleatorios, más de 88 estudios de resultados previos y posteriores, 6 metanálisis y 10 revisiones sistemáticas sobre métodos de Psicología Energética (EP) en revistas revisadas por pares de habla inglesa. Además, se han publicado más de 100 estudios de investigación en revistas no inglesas. Estas modalidades han sido investigadas por más de 200 investigadores en más de 12 países (ACEP, agosto 2023).

Los resultados de estos estudios han sido publicados en más de 15 revistas diferentes revisadas por pares, incluyendo el Journal of Clinical Psychology, el Journal of Nervous and Mental Disease y las revistas APA Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Trainingand Review of General Psychology. Si bien quedan preguntas sobre el mecanismo, específicamente sobre cómo funcionan estas técnicas, un sólido y creciente cuerpo de investigación continúa documentando su efectividad.

La Psicología Energética (EP) es un enfoque mente-cuerpo. La próxima frontera de la investigación de EP implica explorar los mecanismos de acción de estas modalidades e investigar los cambios fisiológicos concurrentes utilizando herramientas como qEEG y fMRI y PET, y documentar los cambios en los niveles de cortisol, la expresión génica y la función inmunológica, hasta la fecha, la investigación ha demostrado que estos cambios son positivos. (ACEP energypsych.org, 2022)

Jasubhai, S. (2021) investigó la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual y el EFT respecto a adultos con estrés, depresión, ansiedad, memoria a corto plazo, coherencia psicofisiológica y frecuencia cardiaca.

El estudio actual estuvo en sintonía con el estudio piloto de Hannah Chatwin y cols. (2016) para examinar y comparar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (CBT-TCC) y Técnicas de Liberación Emocional (EFT) para reducir la depresión y la

ansiedad entre los adultos.

Los 14 adultos seleccionados al azar, de Ahmedabad —una ciudad metropolitana en India—, fueron examinados para detectar estrés, ansiedad y depresión utilizando la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS21) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI2). Los resultados de los tratamientos indicaron que se logró un efecto significativo ($p<0.05$) por el grupo CBT en términos de depresión, intervalo de dígitos hacia adelante y puntuaciones de coherencia psicofisiológica después de la intervención, mientras que el grupo EFT reportó un efecto retardado con una reducción significativa ($p<0.05$) de los síntomas después de 1 y 6 meses de seguimiento. Los resultados son consistentes con el estudio anterior de Hannah Chatwin et al. (2016). El análisis de casos individuales tanto en la intervención grupos revelaron mejoras clínicamente válidas en la depresión, puntajes de ansiedad y estrés, lapso STM (memoria a corto plazo), frecuencia cardíaca y puntuaciones de coherencia psicofisiológica post-intervención.

El presente estudio mostró que un programa TCC altamente estandarizado tuvo una influencia favorable sobre el estrés, la ansiedad, la depresión, STM, coherencia psicofisiológica y frecuencia cardíaca, en comparación a las intervenciones posteriores al grupo de EFT. Los hallazgos del presente estudio indican que EFT puede ser un enfoque de tratamiento efectivo para ansiedad y depresión y apoya el hallazgo de Patterson SL (2016). Después del estudio anterior, los investigadores recomiendan enfáticamente que EFT es de suma importancia como una herramienta fundamental en el manejo estrés, ansiedad, depresión, STM, coherencia psicofisiológica y la frecuencia cardíaca en la población india.

Alamdar y cols. (2020) investigaron la comparación de EMDR, la terapia conductual cognitiva y EFT (Técnicas de Liberación Emocional, versión Church) para reducir la ansiedad en pacientes con trastorno de estrés postraumático.

El objetivo de este estudio fue determinar y comparar los tres efectos terapéuticos de la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), la terapia cognitiva conductual (CBT o TCC) y la técnica de libertad emocional (EFT) para reducir la ansiedad en pacientes con

trastorno de estrés postraumático (TEPT). El método fue cuasi-experimental con tres grupos experimentales, un grupo control y pre-test, post-test y un seguimiento de dos meses. La población estadística fue de 486 pacientes remitidos al Hospital *Kerman Neurology and Psychiatry* en 2018. Se seleccionaron 60 hombres con un método de muestreo intencional y se asignaron aleatoriamente a cuatro grupos de 15. En el grupo 1, se realizaron seis sesiones de 45 minutos de Shapiro solo EMDR (2014). En el grupo 2 se realizaron seis sesiones de 60 minutos de la TCC grupal de Dugas & Robichaud (2007). Y en el grupo 3 se realizaron seis sesiones de 60 minutos de EFT en solitario de Church (2014). Los Cuatro grupos completaron el Inventario de Ansiedad de Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs (1983) en tres etapas. Los datos se analizaron mediante análisis mixto de varianza. Resultados: Los resultados en el grupo 1 mostraron que al nivel de 99% de confianza, ansiedad estado (F = 42. 36) y rasgo (F = 12. 66), en el grupo 2, ansiedad estado (F = 5. 38) y rasgo y en el grupo 3 se redujo la ansiedad estado (F = 15,23) y rasgo (F = 18,50). Este efecto se mantuvo estable en la etapa de seguimiento. Además, entre los tres métodos, EMDR fue más efectivo sobre el estado de ansiedad que las otras dos intervenciones (P= 0,015). Conclusión: dado que los tres métodos pueden mejorar las estrategias conductuales al influir en los pensamientos irracionales y la liberación de emociones, son formas efectivas de reducir la ansiedad en pacientes con TEPT.

Al evaluar la eficacia de EFT en el tratamiento del *trastorno de estrés postraumático* (TEPT), la ansiedad y la depresión, porque los *ensayos controlados aleatorios* (ECA o RCT) han mostrado resultados alentadores para las tres condiciones, los investigadores Sebastian y Nelms (2017) realizaron un metanálisis de ECA-RCT existentes.

Ellos llevaron a cabo una revisión sistemática de bases de datos para identificar ECA que investigaran EFT en el tratamiento del TEPT. La calidad de los ECA se evaluó mediante estándares basados en la evidencia publicados por el Grupo de trabajo sobre terapias validadas empíricamente de la División 12 de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA). Aquellos que cumplieron con los criterios fueron evaluados mediante un

metanálisis que sintetizó los datos para determinar el tamaño del efecto. Si bien se excluyeron los estudios de resultados no controlados, se examinaron las implicaciones clínicas del tratamiento que pueden ampliar el conocimiento de esta afección.

Resultados: se encontró que siete ensayos controlados aleatorios cumplían con los criterios y se incluyeron en el metanálisis. Se encontró un gran efecto del tratamiento, con una d de Cohen ponderada = 2,96 (IC del 95 %: 1,96-3,97, P < 0,001) para los estudios que compararon EFT con la atención habitual o una lista de espera. No se encontraron diferencias en el efecto del tratamiento en los estudios que compararon EFT con otras terapias basadas en la evidencia, como la desensibilización y el reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR; 1 estudio) y la terapia cognitiva conductual (TCC-CBT; 1 estudio).

Los investigadores concluyen que el análisis de los estudios existentes mostró que una serie de 4-10 sesiones de EFT es un tratamiento eficaz para el TEPT en una variedad de poblaciones. Los estudios examinados no informaron efectos adversos de las intervenciones de EFT y demostraron que se puede usar tanto en forma de autoayuda como un tratamiento primario basado en evidencia para el TEPT.

En la web 'EFT Universe', sitio oficial de EFT, se menciona que EFT ha sido investigado en más de 10 países, por más de 60 investigadores, cuyos resultados han sido publicados en más de 20 revistas diferentes revisadas por pares. Esto incluye distinguidas revistas de primer nivel como Journal of Clinical Psychology, the APA journals Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training and Review of General Psychology, and the oldest psychiatric journal in North America, the Journal of Nervous and Mental Disease.

La investigación de EFT incluye investigadores afiliados a muchas instituciones diferentes. En los EE. UU., estos van desde la Escuela de Medicina de Harvard hasta la Universidad de California en Berkeley, la Universidad de la Ciudad de Nueva York, el Centro Médico Militar Walter Reed, la Universidad Texas A&M y la Universidad JFK. Las instituciones en otros países cuyos profesores han contribuido a la investigación de EFT incluyen la Universidad de Staffordshire (Reino Unido), la Universidad de

Lund (Suecia), la Universidad de Ankara (Turquía), la Universidad de Santo Tomás (Filipinas), el Hospital Lister (Inglaterra), la Universidad Cesar Vallejo (Perú), Universidad Bond (Australia) y Universidad Griffith (Australia).

La amplia variedad de instituciones, revistas revisadas por pares, investigadores y entornos que, en investigaciones independientes, han encontrado que EFT es eficaz, son una indicación de la amplitud de los resultados de investigación existentes.

Y que las capacitaciones de EFT Universe están acreditadas para CE/CME para médicos (Asociación Médica Estadounidense), enfermeras (Comisión Estadounidense de Acreditación de Enfermeros), psicólogos (Asociación Estadounidense de Psicología), trabajadores sociales (NASWB) y muchas otras organizaciones profesionales.

CONSTELACIONES FAMILIARES

Barna y cols (2021) realizaron una extensa revisión sistemática sobre la efectividad de las Constelaciones Familiares/Sistémicas. Su objetivo fue sintetizar la evidencia de los datos empíricos sobre la tolerabilidad y la eficacia de esta intervención para mejorar la salud mental.

Se realizaron búsquedas de estudios prospectivos cuantitativos en PsycINFO, Embase, MEDLINE, ISI Web of Science, Psyndex, PsycEXTRA, ProQuest Dissertations & Theses, The Cochrane Library, Google Scholar y en las bases de datos de una organización de intervención específica, publicados en inglés, alemán, español, francés, holandés o húngaro hasta abril de 2020.

De 4197 registros identificados, se evaluó la elegibilidad de 67, y 12 estudios cumplieron criterios de inclusión (10 muestras independientes; con total de 568 participantes). La gran mayoría de los estudios incluidos se realizaron en Alemania, mientras que un solo estudio se realizó en Australia, Sudáfrica y el Reino Unido cada uno. Todos los estudios, menos uno, emplearon una muestra mixta de hombres y mujeres

(porcentaje medio de mujeres = 75,8%), a excepción del estudio de Langlotz (2005) donde no se reportó información sobre el género de los participantes. La intervención se entregó con mayor frecuencia en el formato de un taller único de 2 o 3 días, con dos excepciones, donde talleres más cortos (1–4 h) se llevaron a cabo repetidamente. Las variables de resultado fueron diversas, desde una autoimagen positiva a través de la psicopatología hasta la percepción calidad de las relaciones familiares. De los 12 estudios, nueve mostraron significativa mejoría estadística post-intervención. Los estudios que no mostraron un beneficio significativo del tratamiento fueron de menor calidad metodológica. El metanálisis de efectos aleatorios, realizado en cinco estudios en relación con la psicopatología general, indicó un efecto moderado (g de Hedges de 0,531, IC: 0,387-0,676). Los autores de siete estudios también investigaron el potencial iatrogénico y cuatro estudios informaron efectos negativos menores o moderados en una pequeña proporción (5-8%) de los participantes que potencialmente podrían haber estado vinculados a la intervención. *Los datos acumulados hasta la fecha apuntan en la dirección de que la terapia de constelaciones familiares es una intervención con beneficios significativos para la salud mental en la población general; sin embargo, la cantidad y calidad general de la evidencia es baja.*

Sobre la base de los resultados de esta revisión, podemos concluir que la cantidad y la calidad general de la evidencia son bajas, esto último debido principalmente a la falta frecuente de control grupo y el período de seguimiento típicamente corto. Sin embargo, es importante señalar que el análisis exploratorio que examinó la relación entre la calidad metodológica y los resultados del estudio indicó que aquellos estudios que informaron beneficios del tratamiento tenían una mayor calidad metodológica que sugiere que la evidencia puede ser más convincente cuando estudios de calidad estén disponibles.

De los 12 estudios incluidos en la presente revisión, nueve mostraron tratamiento significativo con beneficios posteriores a la intervención (Höppner, 2006; Hunger et al., 2014, 2015; Krüger & Schmidt Michel, 2003; Langlotz, 2005, 2006; Rieger & Stückemann, 1999; Schumacher, 2000; Weinhold et al., 2013). Las variables de resultado seleccionadas por los autores del estudio fueron muy diversas, lo cual no sorprende

considerando el rol principal actual (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2008) o la representación interna de los primeros (Young, Klosko, & Weishaar, 2003) las relaciones interpersonales juegan en nuestra salud bio-psico-social. Los estudios que no muestran beneficio significativo del tratamiento (Geils & Edwards, 2018; Goode, 2015; Sethi, 2009) informaron tamaños del efecto comparables a los informados en los estudios que muestran resultados estadísticamente significativos el beneficio del tratamiento, lo que plantea la posibilidad de que los estudios anteriores simplemente no tuvieran el poder estadístico suficiente (tenían tamaños de muestra demasiado bajos para detectar los efectos del tratamiento existente).

Los resultados del metanálisis sobre psicopatología no específica del diagnóstico indican un efecto del tratamiento moderadamente fuerte, independientemente de la naturaleza controlada o no controlada del diseño del estudio. Como todos los estudios controlados se publicaron en revistas revisadas por pares y todos los estudios no controlados se publicaron en otros medios, la declaración anterior también se refiere a la falta de diferencia en el tamaño del efecto entre los estudios que aparecen en revisiones revisadas por pares puntos de venta frente a la literatura gris. Se estimó la varianza de los tamaños del efecto entre los estudios ser cero, lo que probablemente sea una subestimación debido al bajo número de estudios incluido. Sin embargo, los hallazgos presentes sugieren que la variación en los efectos es menor; indicando que el impacto del tratamiento para todas las poblaciones comparables (auto-seleccionando participantes de la población general) cae cerca del tamaño del efecto moderado informado aquí.

Teniendo en cuenta las preocupaciones teóricas (por ejemplo, Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie, 2003; Goldner, 2003; Talarczyk, 2011) y datos anecdóticos sobre los riesgos de la terapia de constelaciones familiares (por ejemplo, Langlotz, 1998b, 2001), otro foco importante de nuestro trabajo fue resumir los datos sobre la tolerabilidad. En total, los autores de cuatro estudios informaron efectos negativos menores o moderados en una pequeña proporción (5-8%) de los participantes que teóricamente podría haber estado vinculado a la participación en la intervención. Jost

(2007) reportaron proporciones similares (3.4%) en su estudio retrospectivo. Estas tasas son comparables para las intervenciones psicoterapéuticas en general (5–8,2 %; Curran et al, 2019).

Este aspecto de los resultados apunta hacia la importancia de la evaluación posterior a la intervención y de brindarles a los participantes de la intervención la oportunidad de recibir apoyo profesional de salud mental para procesar su experiencia si es necesario (Langlotz, 2005).

También es importante mencionar que en todos los estudios donde se estudiaron los efectos *iatrogénicos* (daños ocasionados por el profesional de la salud a pacientes, familias u otras personas, de manera no intencional), el proveedor de la intervención fue un psicólogo o psiquiatra y también un experto en terapia de constelaciones familiares. Esto deja abierta la cuestión de si los efectos iatrogénicos son más prevalente o grave si la intervención es proporcionada por profesionales menos experimentados/entrenados, un tema que merece atención en estudios futuros.

Una fortaleza importante de la presente revisión sistemática es el proceso de búsqueda exhaustivo incluyendo una gran cantidad de bases de datos y seis idiomas. Además, dos investigadores evaluaron de forma independiente cada estudio incluido, lo que contribuyó a una mayor confiabilidad del proceso de extracción de los datos.

Vale la pena señalar que (1) los estudios con numerosos puntos de evaluación indicaron una mejoría justo después de la intervención (Langlotz, 2006) pero no entre puntos de evaluación de la pre-intervención (Höppner, 2006), y (2) los tamaños de efecto agrupados para la efectividad del tratamiento en términos de psicopatología general no difirieron significativamente entre estudios controlados y no controlados. *Por lo tanto, parece plausible suponer que los resultados son verdaderamente indicativos de la eficacia de la terapia de constelaciones familiares, que debe ser verificada por más estudios con diseños controlados.*

Además, si bien el bajo número de estudios identificados en el presente trabajo impide sacar conclusiones definitivas

sobre la eficacia y la seguridad de la terapia de constelaciones familiares, argumentamos que resumiendo la escasa evidencia acumulada en las casi tres décadas anteriores es necesario para inspirar y orientar más investigaciones, muy necesarias en esta área. Otra limitación de la presente revisión es la falta de distinción realizada entre los subtipos de constelaciones familiares/sistémicas: las intervenciones proporcionadas en los estudios informados en esta revisión y que se consideraron como un tipo único y homogéneo de intervención, ya que los estudios empíricos con mayor frecuencia no especifican el subtipo de la intervención que investigaron. Sin embargo, existen numerosos subtipos (Langlotz, 2010; Nelles, 2007) y formatos de entrega para esta forma de terapia de grupo y su eficacia puede variar.

A los futuros autores interesados en estudiar la efectividad de la terapia de constelaciones familiares se les alienta a replicar los hallazgos anteriores en investigaciones con el poder adecuado empleando diseños controlados (preferiblemente controlados aleatoriamente) y varias intervenciones simultáneamente para permitir el examen explícito de los efectos del terapeuta. Estudios con un tiempo de seguimiento más largo (6 meses o más) podrían contribuir significativamente a nuestro conocimiento con respecto a la estabilidad de los beneficios del tratamiento. En vista del debate en curso sobre la seguridad de la intervención, estudios adicionales con un enfoque explícito y sistemático en la tolerabilidad (no solo mediante vigilancia pasiva) podrían ayudarnos a comprender mejor en qué poblaciones y en qué condiciones (p. ej., capacitación del terapeuta, duración del informe, accesibilidad de soporte post intervención) puede administrarse la intervención de manera segura.

También se recomienda que los estudios futuros especifiquen el modo de parto y el subtipo de familia / constelaciones sistémicas que emplean cuando informan sobre la efectividad de la intervención. Además, sintetizando el número relativamente grande de estudios cualitativos que tenemos identificados a través de nuestras búsquedas (Figura 1; para datos bibliográficos detallados de estos registros, consulte la Información de apoyo en línea (Tabla S2) de este artículo)

también podría contribuir a una mejor comprensión de la eficacia y los mecanismos de tratamiento de la terapia de constelaciones familiares.

Finalmente, existe una gran brecha entre la sólida teoría y la evidencia anecdótica versus datos de investigación relacionados con la aplicación de la terapia de constelaciones familiares para una gran variedad de trastornos mentales específicos. Los autores han descrito el uso de esta forma de terapia breve de grupo con clientes que luchan con psicosomáticos- (Baitinger, 1999; Elsner & Kölle, 2010; Hausner, 2015), comer- (Bourquin, 2011), estado de ánimo- (Asztalos, Angster, & Pusztai, 2011; Borde, 1998; Ramos & Ramos, 2019), ansiedad- (Essen, 1998; Franke, 1996), consumo de sustancias- (Döring-Meijer & Hellinger, 2000; Gemeinhardt, 2006; Ingwersen, 2000; Mahr & Brömer, 2008), relacionadas con el trauma (Assel, 2009; Nazarkiewicz & Bourquin, 2017; Ruppert, 2006) e incluso trastornos psicóticos (Hellinger, 2001; Langlotz, 1998a; Ruppert, 2004; Weber & Drexler, 2002), mientras que la investigación empírica cuantitativa hasta la fecha se ha centrado casi exclusivamente en muestras de la población general. Por lo tanto, existe una clara necesidad de investigar formalmente la eficacia/efectividad y la seguridad/tolerabilidad de la intervención en poblaciones específicas de clientes/pacientes para comprender mejor a quiénes la terapia de constelaciones familiares puede ser beneficiosa en su viaje hacia la recuperación o simplemente hacia una vida más feliz y plena.

Barna y cols (2021) también hicieron una revisión sistemática de las Constelaciones Sistémicas aplicadas a Organizaciones (SOC). Mencionan que la búsqueda en la base de datos bibliográfica arrojó 838 publicaciones, de las cuales 30 publicaciones se consideraron potencialmente relevantes basado en título y resumen. Con Google Académico (N= 138), la búsqueda manual DGfS (N= 2914), la referencia búsqueda de listas y comunicación personal, se agregaron otras 49 posibles publicaciones relevantes, lo que llevó a 79 publicaciones de las cuales los autores intentaron recuperar el texto completo. De estas publicaciones, 44 trataban efectivamente del método SOC (Systemic Organisations Constellations) y estaban disponibles en texto completo.

De las 44 publicaciones seleccionadas, publicadas entre

2000 y 2019, 30 publicaciones fueron estudios empíricos, de los cuales siete estudiaron la eficacia percibida del Método SOC sobre resultados organizacionales prospectivamente. Los 23 estudios empíricos restantes no evaluaron efectividad (ocho estudios trataron la forma en que el método es aplicado por capacitadores y dos estudios centrados en el mecanismo subyacente) o evaluaron la efectividad retrospectivamente utilizando un único punto de evaluación (N= 13). De las 44 publicaciones, 14 publicaciones se consideraron no empíricas; publicaciones académicas, es decir, estudios teóricos, estudios de casos o publicaciones que describen el método o eran descripciones de un evento o informe sobre la experiencia personal.

La búsqueda exhaustiva de la literatura que resultó en siete estudios empíricos prospectivos, muestra signos de un método potencialmente efectivo sobre los resultados organizacionales. Sin embargo, todavía es demasiado pronto para sacar conclusiones firmes sobre la eficacia del método porque la calidad de los estudios fue bajo en general, ya que la mayoría de los estudios no tenían un diseño experimental, a menudo no había un grupo de control incluido en el estudio y el número de participantes en los estudios fue subóptimamente pequeño. Además, los resultados, los diseños y las poblaciones de los estudios fueron demasiado heterogéneos para establecer una conclusión firme. Como la mayoría de los estudios carecían de un diseño controlado, los efectos informados bien podrían atribuirse a otros factores que el método SOC. Esto está en línea con la conclusión de la revisión publicada por Weinhold et al. (2014).

Los dos estudios con un grupo de control informaron una mejora en las posibilidades de acción o una disminución de la indefensión (Gutmark 2014; van den Berg y Roevens 2007), lo cual está en línea con los estudios que informan un aumento en la autonomía percibida (Schumacher 2000) y la autoeficacia (Boland y Michaelis 2006; Kolodej et al. 2016). porque el método SOC pretende ampliar la percepción de los participantes y les ayuda a ver un problema desde diferentes perspectivas, y esto puede contribuir a la noción de mejora en las posibilidades de acción del participante. Esta posibilidad de desarrollar nuevas

perspectivas ha sido muy valorada por los participantes que utilizan el método SOC en otros estudios (Berreth 2009; Boland y Michaelis 2006; Gleich 2008; Gminder 2005; Kalb 2007; Klingohr 2012).

La base para el método SOC podría respaldar la evidencia empírica y ayudaría a diseñar una intervención efectiva. Sin embargo, el método SOC se desarrolló a partir de práctica y no construida a partir de una teoría científica o construcción psicológica (Binder 2005). Muchos autores dicen que no describen claramente un marco teórico para su estudio, ni los mecanismos de acción parecen entenderse completamente todavía. Hasta la fecha, sólo dos estudios del mismo autor (Schlötter 2016, 2018) investigaron empíricamente los mecanismos de acción del método SOC. Schlötter estudió la consistencia de la información recuperada de una constelación sistémica entre diferentes individuos, y se refiere a la disposición espacial de la constelación como un tipo de comunicación no verbal (Schlötter 2016, 2018). El constructivismo social y la fenomenología son referidos como plausibles marcos teóricos detrás del método SOC (Bulling 2018; Gminder 2005; Groth 2004; Kumbrück et al. 2005; Roevens 2008).

Previamente, los autores han sugerido que las constelaciones sistémicas pueden ser una representación de la realidad (de muchas realidades posibles) que se deriva de la imagen interna de un individuo en el sistema social y que el método SOC puede servir como una herramienta para hacer visible esta imagen interior (Gminder 2005; Groth 2004; Gutmark 2014; Kumbrück et al. 2005; Pacher 2006; Roevens 2008). Esto se relaciona con el concepto de modelos mentales, definidos como estructuras de conocimiento organizadas que permiten a los individuos interactuar con su entorno y permitir que las personas predigan y expliquen las acciones del mundo a su alrededor (Mathieu et al. 2000). Vistos en un contexto organizacional, estos modelos mentales probablemente han compartido componentes entre las personas que trabajan en estrecha colaboración (por ejemplo, en equipos) y se desarrollan (parcialmente) inconscientemente cuando las personas interactúan como parte del mismo sistema social (Chiappe et al. 2014) dando como resultado una “imagen común” de la situación (Chiappe et al. 2014; Mathieu et al.

2000). Siguiendo esta línea del pensamiento, una posible explicación para el mecanismo de acción para el método SOC podría ser que esta imagen interna compartida se hace explícita con el método SOC usando la representación espacial de los elementos. Los participantes informaron que lo que se mostró en la sesión SOC tendió a parecerse a la situación en la vida real (Baumgartner 2006; Finckh y Reich 2016; Jurg et al. 2008; Lehmann 2006; Ruppert 2002). Investigando la imagen de la constelación y cuestionándola, los individuos presumiblemente desarrollan nuevas perspectivas y obtienen una nueva imagen interna para percibir su contexto organizacional.

El uso de la visualización espacial, que es característico del método SOC, podría ser entendido por la capacidad humana para interpretar el espacio social o interpersonal distancia, también llamada "proxémica" (Hall 1966). La gente es capaz de interpretar la disposición espacial entre los individuos y percibir el significado social de ella, dándoles Constelaciones sistémicas aplicadas en las organizaciones: una revisión sistemática información sobre la relación entre las personas (Hal 1966; Lloyd 2009; Wellens y Goldberg 1978).

Los autores de esta investigación sugieren las siguientes líneas de investigación empírica sobre las aplicaciones del método SOC en la consultoría organizacional:

En primer lugar, se necesitan estudios prospectivos, controlados y de alta calidad para evaluar la eficacia del método SOC preferentemente con resultados objetivos y llevados a cabo en diferentes escenarios. En segundo lugar, necesitamos una mejor comprensión de los mecanismos de acción del método SOC. Estudios experimentales sobre la visualización del interior (compartido) la imagen mental y el uso de la proxémica podrían proporcionar una mayor comprensión. En tercer lugar, necesitamos una mejor comprensión de cómo el método SOC debe aprenderse y enseñarse. ¿Qué elementos de aprendizaje deben abordarse y qué elementos educativos se deben aplicar los métodos?

Con base en los resultados de tales estudios, el campo podría avanzar hacia un procedimiento estandarizado para el

uso del método y desarrollar pautas claras sobre cuándo y cómo debe emplearse el método

Se concluye que esta es la primera revisión sistemática en inglés sobre el método SOC (Systemic Organisations Constellations). Los resultados de la revisión proporcionan una base sólida para futuras investigaciones y dan instrucciones para nuevos estudios que respalden la mejora de la calidad y nos ayuden a comprender mejor los factores que influyen en la eficacia.

Hurley J. et al (2018) concluyen que "*dado el conocimiento biológico y sociológico sobre el trauma intergeneracional que está surgiendo (Yehuda et al., 2014), podría decirse que existe una base cada vez mayor para respaldar las teorías originales basadas en la fenomenología desarrolladas por Hellinger. Los hallazgos dentro de la literatura son limitados, pero parecen sugerir que FCT (Family Constellation Therapy) puede ser útil como complemento de otras terapias o puede integrarse dentro de otros enfoques. Por lo tanto, se requiere investigación programática para construir una base de evidencia en torno a FCT. Esto requiere enfoques tanto deductivos como inductivos para aumentar nuestro conocimiento. Mientras Weinhold et al. (2013) y Hunger et al. (2017) están midiendo deductivamente los resultados cuantitativos de FCT, también existe la necesidad de mejorar sistemáticamente la comprensión inductiva de las experiencias vividas de FCT.*

Los estudios RCT (controlados aleatorizados) de FCT se están produciendo en ausencia de una base sólida de estudios cualitativos, y la mayoría de las pruebas disponibles se basan en estudios de casos. Paradójicamente, para una terapia de base fenomenológica, existe una escasez de estudios cualitativos sobre FCT diseñados fenomenológicamente. Dichos estudios cualitativos deben llevarse a cabo para capturar no solo los componentes existenciales de contextualización que impactan en estas experiencias, sino también para comprender cómo aquellos que experimentan FCT han integrado con éxito esas experiencias con otras terapias. Del mismo modo, se requieren estudios basados en ECA para agregar validez al caso de que los arreglos de financiación para las terapias psicológicas no reflejan los entendimientos emergentes de la angustia psicológica intergeneracional".

AMSB

Uno de los gigantes de la Psicología Energética en América Latina y del mundo, sin exagerar, es el Doctor Joaquin Andrade, quien a diferencia de otros expertos latinos —como los Solvey, por ejemplo— ha aprovechado su formación médica para estudiar y practicar a fondo desde principios de 1990 las técnicas de la Psicología Energética.

Joaquin M. Andrade, médico internista estudioso del tapping y Máster en PsicoNeuroInmunología —PNI—, que durante varias décadas ha investigado científicamente, practicado y comparado muchas técnicas de tapping, además de haber viajado a China a estudiar la Acupuntura, y luego haber conversado con algunos de los expertos en Psicología Energética en varios países —Roger Callahan, David, Feinstein, el Dr. Ruden, entre otros— y ha colaborado con algunos de estos.

En la primera gran investigación sobre Psicología Energética, Andrade colaboró con Feinstein (2003), y en ensayos clínicos preliminares en los que participaron más de 29,000 pacientes de 11 centros de tratamiento aliados en América del Sur durante un período de 14 años, se realizaron una variedad de estudios piloto aleatorizados, doble ciego.

En uno de estos centros, aproximadamente 5,000 pacientes diagnosticados con un trastorno de ansiedad se asignaron al azar a un grupo experimental (tapping) o un grupo de control (terapia cognitiva conductual / medicación).

Las calificaciones fueron otorgadas por médicos independientes que entrevistaron a cada paciente al final de la terapia, a 1 mes, a los 3 meses, a los 6 meses, y a los 12 meses. Los evaluadores hicieron una determinación de completa remisión de los síntomas, remisión parcial de los síntomas o no respuesta clínica. Los evaluadores no sabían si el paciente recibió TCC / medicación o tapping. Conocían solo el diagnóstico inicial, los síntomas y la gravedad, según lo juzgado por el personal de admisión. En el cierre de la terapia: se consideró que 63% del grupo de control había mejorado; Se consideró que el 90% del grupo experimental tenía mejoras.

El 51% del grupo de control fue juzgado como libre de síntomas; El 76% del grupo experimental fue juzgado como libre de síntomas.

Si la investigación posterior corrobora estos principios de hallazgos, será un desarrollo notable ya que la TCC / medicación es actualmente, el estándar de atención establecido para los trastornos de ansiedad y la mayor efectividad del enfoque energético sugerido por este estudio sería muy significativo.

Dice Andrade (2020) como coautor de esa investigación que, si bien no tuvo un diseño metodológico riguroso, ya que fue realizado con finalidad preliminar, como herramienta de decisión para incluir o desechar la AMSB de nuestro arsenal terapéutico, las dimensiones y la consistencia de los resultados, en 2004 fueron el punto de partida para otros estudios, estos sí con riguroso diseño metodológico. Y que este fue el primer megaestudio multicentro e internacional realizado en el mundo.

En su libro "Más allá del tapping…AMSB", Andrade (2020) resume su segunda gran investigación sobre el tapping en la técnica AMSB —Activación Multi Sensorial Breve, de la cual él es su creador—, esta vez usando estrictos controles aleatorizados clínicos, con procedimientos de enmascaramiento, y cuyo grupo de control activo recibió tratamiento convencional. Fue llevada a cabo en Argentina y Uruguay en los años 2007 y 2008, que se conocieron como Los Estudios Binacionales, con lo cual se tituló en la Maestría de Psicoinmunoneuroendocrinología, en la Universidad Favaloro, de Buenos Aires. He aquí una breve reseña:

El objetivo fue investigar la existencia o inexistencia de causalidad entre la aplicación de AMSB y los resultados clínicos positivos, en tres tipos de trastornos de ansiedad (fobias específicas **FE**, trastorno de pánico **TP** con agorafobia **AGF**: 'TP+AGF', y trastorno de ansiedad social **TAS**).

Se siguieron las recomendaciones del grupo CONSORT para ECCA, y las pautas de la medicina basada en la evidencia, en cuanto a niveles de evidencia y validez externa de las pruebas. Se siguieron en todos los casos las normas de la Declaración de Helsinski (2000). El diseño de los ensayos, realizado junto con la planificación, siguió una secuencia

aleatoria en el reclutamiento, asignación a las tres cohortes (FE, TP+AGF y TAS) y a las seis muestras (dos muestras provenientes de cada cohorte, una que recibe AMSB y la otra de control, Terapia Cognitivo Conductual TCC + fármacos), recepción de uno u otro tipo de intervenciones específicas, 1ª evaluación y tres follow up a los 30, 90 y 180 días.

El control se realizó con un grupo que recibió el tratamiento convencional para los TA, TCC + fármacos.

Inventarios utilizados: Escala de Hamilton para ansiedad. Inventario de ansiedad estado o rasgo. FE: Cuestionario auto administrado de Cia para FE. TP + Ag: PAS de Bandelow. TAS: SAS de Liebowitz.

En algunas participantes, según la circunstancia clínica, se realizaron mapeos cerebrales computados, RNMf, pre-post tratamiento.

El clínico que aplica AMSB utiliza en FE y TAS, el siguiente protocolo: Protocolo para fobia específica, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizado.

Se realiza una sola sesión de una hora. En las FE, si luego de una sesión hay respuestas parciales, se realiza otra sesión de una hora. Muy raramente se necesitará más tratamiento. En el TAS, de tres a seis sesiones disuelven la sintomatología en la mayoría de los casos.

El clínico en las muestras de control, que aplica TCC + fármacos, utiliza:

En FE, utiliza exposición en vivo, en su variante de escape controlado. No Utiliza ningún tipo de fármacos. En algunos casos, en ambos países, debió trabajar en vivo con el participante y/o proveyendo asistencia telefónica.

En TP + AGF, utiliza reestructuración cognitiva, exposición graduada imaginaria y en vivo, y técnicas de relajación y respiración. Los fármacos utilizados fueron clonazepán, 1 a 2 mg/día, alprazolam, 2 a 4 mg/día, sertralina

50 a 100 mg/día, fluoxetina, 20 a 40 mg/día y paroxetina 20 a 40 mg/día.

Es de destacar que de las tres etapas de tratamiento farmacológico del TP + AGF (ataque, mantenimiento y discontinuación), el técnico tratante, a los efectos de los ensayos, solamente cumplió la primera, de ataque, derivando posteriormente al participante a la continuación de su mantenimiento. En TAS, utiliza reestructuración cognitiva, exposición imaginaria, dramatizada y en vivo con ensayo de conducta, entrenamiento asertivo y en habilidades sociales. Los fármacos utilizados fueron clonazepán, 1 a 2 mg/día, paroxetina, 20 a 40 mg/día, sertralina, 50 a 100 mg/día y metoprolol, 50 mg/día antes de la exposición en vivo.

Las variables cualitativas que consideramos (expresadas en cifras y porcentajes) en los dos grupos paralelos son: 1) Totalmente asintomáticos, 2) Mejoría parcial, y 3) Sin cambios.

Los datos de la tabla de contingencia expresan la suma de los resultados de las intervenciones en las tres patologías y en ambos países. Se fijó alfa= 0.05, con beta= 0.05 para una potencia= 0.95.

La hipótesis que se enuncia (H1) es: "*La sobrecarga multi-sensorial, aplicada inmediatamente de reactivada una memoria traumática, mediante protocolos que generan señales aferentes de diferente complejidad, intensidad y frecuencia, dificulta o impide la reconsolidación de la memoria reactivada, con respuestas clínicas positivas en los trastornos de ansiedad, considerablemente más rápidas que las producidas por los tratamientos convencionales*"

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis (y rechazan la hipótesis nula H0 pues las variables resultan asociadas) encontrándose una diferencia significativa ($p<0.05$) entre los resultados obtenidos por la AMSB en los TA estudiados, y los resultados del grupo de control, que utilizó los abordajes terapéuticos habitualmente aceptados (TCC + medicación) para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

La AMSB logra esos resultados en un número de sesiones considerablemente menor que el grupo de control.

Por lo tanto, y a la luz de esta evidencia, rechazamos la hipótesis nula y a nuestros efectos, aceptamos la hipótesis alternativa arriba expresada, como probablemente cierta.

Los ensayos clínicos prospectivos de cohorte, aleatorizados, enmascarados y controlados con grupo de tratamiento convencional realizados, cumplen los criterios para un nivel de evidencia "A": "Evidencia obtenida con ECCA con estudios de cohorte". El grado de recomendación de la evidencia según estándares del U.S. Preventive Services Task Force, es "A".

OTRAS TÉCNICAS

ACUPUNTURA

En un reciente informe técnico sobre la 'Eficacia y seguridad de la acupuntura en el dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético', el Ministerio de Sanidad de España concluye (pág. 59-60) que:

"*La evidencia revisada incluye 35 revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados sobre la acupuntura en el manejo del dolor crónico de origen musculoesquelético no oncológico. Respecto a su seguridad, se han identificado eventos adversos leves de alcance local pero no eventos adversos graves. En cuanto a su efectividad, se han encontrado resultados variados frente a tratamiento simulado o tratamiento activo, con resultados favorables en algunas indicaciones y sin diferencias o resultados discrepantes en otras indicaciones.*

De acuerdo con la evidencia de calidad moderada y baja analizada, el tratamiento con acupuntura puede disminuir el dolor en:

**Acupuntura frente a simulación o cuidados habituales a corto plazo en síndrome temporomandibular, artrosis de rodilla y fascitis plantar.*

**Acupuntura frente a tratamiento farmacológico en el síndrome del túnel carpiano.*

**Acupuntura combinada con terapias convencionales comparada con esas mismas terapias en lumbalgia y fibromialgia.*

**La electroacupuntura frente a simulación y frente a aines en artrosis de rodilla, fascitis plantar y fibromialgia a corto y medio plazo*".

Juan Muñoz-Ortego y colaboradores (2018) realizaron una síntesis de la evidencia científica en acupuntura. Mencionan que la evidencia científica determina la validez en todas las actividades de salud. Agregan que estudios anteriores han demostrado la existencia de evidencia científica favorable para la acupuntura. Actualmente, debido al sesgo de opinión o información errónea, la acupuntura está destinada a clasificarse como una pseudociencia. Este estudio lo justifican por la necesidad de actualizar y demostrar la evidencia científica de las indicaciones de acupuntura médica en el manejo de ciertas condiciones de salud. Se realiza una revisión no sistemática de publicaciones recientes que cubren los mecanismos de acción, las principales indicaciones médicas y las guías de práctica clínica. Solo se incluyen los estudios con el nivel más alto de evidencia, tales como revisiones sistemáticas, meta-análisis, resúmenes y, en algunas condiciones, estudios controlados aleatorios. Los resultados se organizan en tablas para facilitar el acceso a la evidencia científica publicada para condiciones específicas. Se concluye que la acupuntura es un procedimiento médico técnico con un alto nivel de evidencia científica y no puede considerarse una pseudociencia.

Andrew y colaboradores (2012) realizaron un metaanálisis de la Acupuntura para el dolor. Mencionan que los Institutos Nacionales de Salud (*National Institute of Health*) de Estados Unidos han realizado meta-análisis de diversos estudios acerca de la validez de la acupuntura como técnica médica. El meta-análisis compiló los datos de 18.000 pacientes. Los resultados se publicaron en una revista médica especializada, *Archives of Internal Medicine*. El objetivo del análisis era contrastar los resultados de la acupuntura con los tratamientos farmacológicos en el alivio del dolor crónico asociado a patologías como artrosis (osteoartritis), lumbalgias, ciáticas y una miscelánea de algias articulares y migrañas. Los estudios que se han tenido en cuenta

para el análisis retrospectivo (meta-análisis) se han realizado en diversos países: Estados Unidos, Reino Unido, Suecia y Alemania.

Los resultados obtenidos con la acupuntura en el tratamiento del dolor crónico superaban lo que se podría esperar de un efecto estrictamente placebo.

En conclusión, los investigadores encontraron que la acupuntura es superior tanto al control sin acupuntura como a la acupuntura simulada para el tratamiento del dolor crónico.

Aunque los datos indican que la acupuntura es más que un placebo, las diferencias entre la acupuntura verdadera y la simulación son relativamente modestas, lo que sugiere que los factores además de los efectos específicos de la punción contribuyen de manera importante a los efectos terapéuticos.

Finalmente, aseguran que sus resultados de metaanálisis de datos de pacientes individuales de casi 18,000 pacientes aleatorizados en ensayos de alta calidad proporcionan la evidencia más sólida hasta esa fecha de que la acupuntura es una opción de referencia razonable para pacientes con dolor crónico.

Peta Stapleton (2019), en su libro 'La Ciencia detrás del Tapping', señala que '*El proyecto de evidencia de Acupuntura*' (2017) se basó en dos revisiones bibliográficas exhaustivas anteriores: una realizada para el Departamento de Asuntos de Veteranos de Australia en 2010; el otro realizado para los Estados Unidos Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados en 2013. Evaluaron los estudios existentes utilizando los criterios de niveles de evidencia del Consejo Nacional de Investigación Médica y de Salud de Australia (NHMRC) y el sistema Cochrane GRADE para evaluar el riesgo de sesgo del estudio. El objetivo era presentar el estado actual de la evidencia y determinar cómo había cambiado la calidad y la cantidad de 2005 a 2016.

De las 122 condiciones médicas y psiquiátricas revisadas en 14 áreas clínicas amplias, la investigación apoyó la efectividad de la acupuntura para 117 de ellas, con evidencia de

que 46 de ellas eran de "calidad moderada o alta". Solo 5 de las 122 condiciones fueron calificadas como "sin evidencia de efecto". Una tendencia importante identificada en la revisión fue que el nivel de evidencia aumentó para 24 condiciones durante el período de 11 años que se investiga.7

En resumen, nuestra evidencia científica más contemporánea respalda la eficacia del antiguo sistema de curación de la acupuntura.

Siendo importante tener en cuenta que, pese a que la acupuntura y la psicología energética son técnicas significativamente diferentes, se ha demostrado que el pinchazo tradicional en un punto de acupuntura con una aguja y la estimulación manual generan efectos similares. Por ejemplo, un estudio doble ciego que comparó la penetración de agujas de acupuntura con presión no penetrante que simula la sensación de penetración encontró mejoras clínicas equivalentes para ambas intervenciones (Takakura y Yajima, 2009).

En otro informe del Ministerio de Sanidad española (2022) se concluye que "*la **meditación basada en mantras** (Meditación Trascendental) es la que dispone de mayor cantidad de evidencia, aunque el riesgo de sesgo de los estudios es alto o incierto, al igual que en otros tipos de meditación. Los resultados indican que este tipo de meditación podría producir un efecto beneficioso sobre los niveles de ansiedad, depresión, estrés general y postraumático y calidad de vida relacionada con la salud. Mientras que otros tipos de meditación disponen de un número considerablemente menor de estudios, con las mismas limitaciones metodológicas*".

Y cuando reportan el estudio de las evidencias (2021) sobre el **yoga,** mencionan que "*podría ser efectivo en el corto plazo como intervención de apoyo en la mejora de la calidad de vida, la reducción de fatiga y la mejora de los trastornos del sueño en pacientes con cáncer de mama comparado con no realizar ninguna terapia, así como en la mejora de trastornos como depresión o la ansiedad o la reducción de la fatiga comparado con intervenciones psicosociales y educativas*".

Para revisar los resultados de informes técnicos de otras

terapias, consultar aquí: https://conprueba.es/informes

Y si quieren sonreír compasivamente sobre cómo un grupo de médicos españoles (que se hacen llamar *Observatorio de pseudoterapias*) consideran a unas terapias muy conocidas pues lean esto —en la pestaña izquierda del menú— "Técnicas de la mente y el cuerpo":

https://www.cgcom.es/observatorios/oppiss

Tests de pruebas musculares

Anne Jensen (2018) expuso un estudio para repensar la prueba de respuesta muscular como posible efecto ideomotor. En su abstract, menciona que la *prueba de respuesta muscular* (**MRT,** *Muscle Response Testing*) es una herramienta de evaluación que se estima que es utilizada por más de un millón de personas en todo el mundo, principalmente en el campo de la atención médica alternativa. Durante una prueba, un médico aplica una fuerza sobre el músculo contraído isométricamente de un paciente con el fin de obtener información sobre el paciente para guiar la atención. El médico toma nota de la capacidad o incapacidad del paciente para resistir la fuerza e interpreta el resultado de acuerdo con criterios predeterminados.

Aunque investigaciones recientes respaldan la validez de la MRT, se sabe poco sobre su mecanismo de acción. Sin embargo, su causalidad se atribuye a menudo a un efecto ideomotor, que puede definirse como actividad muscular, potencialmente inconsciente, y aparentemente provocada por un operador externo.

En consecuencia, el objetivo de este estudio es investigar si el efecto ideomotor es una explicación plausible de la acción de MRT.

Este es un estudio observacional retrospectivo de la extracción de datos de un estudio previamente informado sobre la precisión diagnóstica de la MRT utilizada para distinguir declaraciones verdaderas de falsas. Se llevó a cabo un análisis adicional sobre el conjunto de datos para evaluar las posibles fuentes de sesgo, tanto del profesional como del paciente.

Hasta el desarrollo de las Normas para la Directrices de *Reporting of Diagnostic Accuracy* (STARD) en 2003, la evaluación de las técnicas de diagnóstico estaba rezagada con respecto a las intervenciones y había estado notoriamente plagada de inconsistencias y sesgo (Knottnerus & Buntinx, 2009; Bossuyt et al., 2003b; Hall, Lewith, Brien y Little, 2008).

Al evaluar el estado actual del MRT literatura, esta dificultad se amplifica aún más por la confusión con respecto al término "prueba muscular", que, como se ha descrito anteriormente, puede tener diferentes significados en diferentes contextos.

Con esto en mente, utilizando las bases de datos electrónicas MEDLINE, MANTIS, PsycINFO y CINAHL, se realizó una búsqueda bibliográfica, y solo artículos publicados en revistas revisadas por pares fueron considerados. El resultado de esta búsqueda fue 26 documentos que utilizaron MRT o AK-MMT para detectar una condición objetivo especificada.

Pocos estudios rigurosos han intentado estimar la precisión diagnóstica de MRT o AKMMT; sin embargo, hay que tener en cuenta que sólo uno de ellos, Schwartz et al. (2014), fue publicado después de la publicación de las pautas del STARD de 2003. Este estudio intentó medir la precisión diagnóstica de la MRT para distinguir entre sustancias que eran tóxicas y no tóxicas al cuerpo, e informó que la precisión de MRT era indistinguible del azar. Esto significa, en este caso, que MRT no tuvo éxito. Así mismo, dos revisiones sistemáticas de la literatura AK (Hall et al., 2008; Klinkoski & Leboeuf, 1990) no encontraron evidencia de precisión diagnóstica, pero los estándares para los informes eran anteriores a STARD y, por lo tanto, carecían de ellos.

El término *ideomotor* se deriva de ideo, que significa "una idea o construcción mental", y motor, que significa "actividad muscular", lo que sugiere que el movimiento muscular puede ser impulsado por pensamientos (Stock & Stock, 2004). Mientras que la frase “efecto ideomotor” fue acuñado por William Carpenter en 1852, sus principios provienen de inicios de ese siglo y tienen dos raíces claras: una británica y otra alemana.

La principal diferencia entre las dos teorías es que en el modelo alemán (el modelo más antiguo), el efecto ideomotor puede producirse por esfuerzo consciente (voluntario) o no consciente (involuntario), mientras que los británicos se centraron principalmente en actividad muscular no consciente (Stock & Stock,

2004; Trenza, 1855).

Una definición más contemporánea del ***Efecto ideomotor*** es: el proceso por el cual un pensamiento produce una acción muscular aparentemente reflexiva o automática, potencialmente leve, y posiblemente fuera de la conciencia del sujeto (Shin, Proctor y Capaldi, 2010).

A la luz de esta definición y tras la revisión de la literatura, parece haber dos características del efecto ideomotor (Stock & Stock, 2004; Ondobaka y Bekkering, 2012; Carpintero, 1852, págs. 147–153; Carrol, 2012; Hyman, 1999; Jackson, 2005):

1. El sujeto parece no tener control sobre sus acciones; y

2. Las ideas parecen ser a sugerencia del operador.

Poniendo estas características en términos de MRT, la traducción podría ser la siguiente:

1. El paciente parece no tener control sobre la fuerza de su músculo; y

2. El practicante puede estar sugiriendo al paciente el resultado deseado o, en otras palabras, el practicante parece ejercer una influencia durante la prueba, o en otras palabras, parece sesgar la prueba muscular.

Con estas características en mente, es fácil comprender cómo se utilizó el efecto ideomotor como explicación plausible de MRT: el músculo de un paciente parece mantenerse fuerte durante una prueba y luego se va débil durante la próxima prueba, con el paciente pareciendo no tener control.

Si se descubren datos para refutar cualquiera de estos puntos, sin embargo, entonces la MRT no puede atribuirse a un efecto ideomotor. Este estudio evaluará la segunda característica e investigar si 'cegar' a los participantes influye en la precisión de la MRT. Es razonable teorizar si el practicante no está 'ciego' a el resultado esperado de la MRT (es decir, él/ella sabe cuál debería ser el resultado), entonces él/ella quiere o puede introducir sesgos y tratar de inclinar la prueba hacia el resultado esperado, inflando así

artificialmente la precisión. En consecuencia, la hipótesis nula (H0) de este estudio es que la precisión de la MRT cuando el médico no está 'ciego' es mayor que la precisión de la MRT cuando el practicante es ciego:

Hipótesis: Precisión MRT (no ciega) > MRT precisión (ciega)

En los resultados obtenidos, cuando los médicos estaban en condiciones 'ciegas', lograron una precisión media de MRT del 65,9% (IC del 95%: 62,3 a 69,5), y cuando no había condiciones 'ciegas', del 63,2% (IC del 95%: 58,3 a 68,1). No se encontraron diferencias significativas entre estas puntuaciones (p = 0,37). Cuando los médicos fueron engañados de forma intermitente, la precisión media de MRT disminuyó al 56,6% (IC del 95%: 49,4 a 63,8), lo que resultó ser significativamente diferente de cuando los médicos eran ciegos (p = 0,02), pero no significativamente diferente de cuando los médicos eran no ciegos (p = 0,11). Además, no se descubrió ninguna evidencia de sesgo del paciente.

Las conclusiones del estudio de Jansen demuestran que, al comparar condiciones 'ciegas' y 'no ciegas', el médico no evoca ninguna influencia, por lo que es poco probable que el médico sea responsable de un efecto ideomotor. Asimismo, se ha demostrado que el paciente tampoco produce una influencia significativa, por lo que también es poco probable que el paciente sea responsable de un efecto ideomotor. Las limitaciones de este estudio son las de cualquier estudio observacional retrospectivo en el que no se recopilaron datos para responder la pregunta de investigación específica de este estudio. La investigación futura debe incluir un estudio diseñado específicamente para responder a esta pregunta, por ejemplo, intentando intencionalmente inducir sesgos en el médico. *En resumen, la explicación ideomotora de la MRT debe considerarse obsoleta hasta que se establezca una explicación más plausible de su mecanismo de acción.*

Olson y cols. (2017) investigaron el uso del **péndulo**. Al asociar movimientos de balanceo particulares con respuestas de "sí" y "no", investigaron si los péndulos pueden ayudar a la toma de decisiones y qué rasgos de personalidad se correlacionan con este desempeño. Los participantes (N = 80) completaron una tarea de detección visual en la que buscaron una letra objetivo entre los caracteres presentados rápidamente. En la condición verbal, los participantes declararon si vieron el objetivo en cada ensayo. En la condición de péndulo, los participantes "preguntaron" mentalmente a un péndulo de mano si el objetivo estaba presente; mociones

particulares significaban "sí" y "no". Medimos la precisión de sus respuestas, así como su sensibilidad y sesgo, utilizando la teoría de detección de señales. También evaluamos cuatro medidas de personalidad: locus de control (sentimientos de control sobre la propia vida), transliminalidad (sensibilidad a los estímulos sutiles), necesidad de cognición (preferencia por el pensamiento analítico) y fe en la intuición (preferencia por el pensamiento intuitivo). En general, el locus de control predijo el desempeño verbal y la transliminalidad predijo el desempeño del péndulo.

Aunque la precisión fue comparable en ambas condiciones, las respuestas del péndulo mostraron un sesgo relativamente pequeño. Ambas condiciones de la tarea eran difíciles, lo que generalmente aumenta la incertidumbre y el sesgo, lo que hace más probable que las personas declaren que el objetivo está ausente (Green y Swets 1966). En ambos estudios, sin embargo, el sesgo fue mayor en la condición verbal pero menor (alrededor de 0) en la condición de péndulo. Por lo tanto, de acuerdo con las opiniones de algunos usuarios de péndulos (por ejemplo, Lundstrom 2010), las decisiones tomadas con péndulos pueden estar menos sesgadas, aunque no más precisas.

Dada esta diferencia en el sesgo, nuestros hallazgos sugieren que las personas emplean una estrategia de decisión diferente cuando usan un péndulo en lugar de responder verbalmente. En otras palabras, los movimientos pendulares inconscientes no son equivalentes a las respuestas conscientes; en cambio, algo cambia en el proceso de toma de decisiones. Estos resultados son consistentes con otros estudios que encuentran diferentes estrategias de decisión en las respuestas ideomotoras frente a las verbales (p. ej., Marcel 1993; Gauchou et al. 2012). Sin embargo, la mayor limitación de nuestro estudio es que no podemos aislar este mecanismo o la causa de las diferencias entre las condiciones.

Aun así, quedan muchas preguntas. Si las personas usan una estrategia de toma de decisiones diferente con un péndulo, ¿cuál es su mecanismo y fenomenología? ¿La dinámica del movimiento del péndulo, como la velocidad o la dirección, predice la precisión? ¿Nuestro hallazgo de un sesgo de decisión reducido al usar un péndulo se generalizará a las decisiones del mundo real? Responder estas preguntas ayudará a comprender la desconcertante práctica de consultar un péndulo e incluso puede ayudar a mejorar la toma

de decisiones.

*El Test de verificación muscular kinesiológica O' Ring Bi-Digital del Dr. Yoshiaki Omura obtiene patente en Estados Unidos de América: US5188107A

Omura, Y. (1993). Prueba de anillo tórico bi-digital para imágenes y diagnóstico de órganos internos de un paciente. Bi-digital O-ring test for imaging and diagnosis of internal organs of a patient. Es un método de obtención de imágenes de un órgano interno de un paciente para fines de diagnóstico médico, donde un paciente forma una junta tórica con una de las manos colocando las yemas de los dedos del pulgar y uno de sus dedos restantes juntos y una muestra de tejido de un órgano interno se coloca en la otra mano del paciente, y el órgano interno del paciente se sondea externamente de forma no invasiva con un instrumento de sondeo.

El órgano interno es el mismo tipo de órgano que el de la muestra. Simultáneamente, un probador intenta separar la forma de la junta tórica colocando el pulgar y uno de los dedos restantes de cada una de sus manos dentro de la forma de la junta tórica del paciente para formar juntas tóricas entrelazadas y tirar del pulgar. ***y el dedo del paciente se separa debido a un campo electromagnético del tejido de la muestra que interactúa con un campo electromagnético del órgano interno que se está sondeando y esta interacción se detecta por la capacidad de separar la forma de la junta tórica, lo que permite obtener imágenes del límite del órgano interno que se sondea.***

La prueba de anillo tórico bi-digital de Omura es usada en Coaching Wingwave por sus fundadores Cora y Siegmund Besser.

Por otra parte, Goodheart and Cuthbert (2007) revisaron más de 100 estudios relacionados con la **prueba muscular manual (MMT)** y la técnica quiropráctica de kinesiología aplicada (AK) que emplea MMT en su metodología, incluidos estudios sobre la eficacia clínica de la MMT en el diagnóstico de pacientes con sintomatología. Con respecto al análisis, hay evidencia de buena confiabilidad y validez en el uso de MMT para pacientes con disfunción neuromusculoesquelética. Los estudios de observación de cohortes demostraron una buena validez externa e interna, y los 12 ensayos controlados aleatorios (ECA) que se revisaron muestran que los hallazgos de MMT no dependieron del sesgo del examinador.

Afirman que se demostró que la MMT empleado por quiroprácticos, fisioterapeutas y neurólogos es una herramienta clínicamente útil, pero su validación y aplicación científica definitiva requiere pruebas que empleen modelos de investigación sofisticados en las áreas de neurofisiología, biomecánica, ECA y análisis estadístico.

Imaginar un mundo terapéutico sin controversias

Imaginemos qué hubiera sido de nuestro quehacer terapéutico si no hubiéramos utilizado recursos de terapias aun no aceptadas científicamente, por ejemplo, de todas las expuestas en este libro.

…..¿?¡!…… Sin comentarios.

Referencias

Alamdar, B., Mohammadtehrani, H., Behbodi, M. Kiamanesh, A.R. (2020). Comparison of effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Cognitive Behavioral Therapy, and Emotional Freedom Technique in reducing anxiety in patients with post-traumatic stress disorder. Quarterly of Applied Psychology, 13(4), 625-650. Recuperado de: https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=709138

Álvarez-Pérez et al. (2022). Efectividad y seguridad de la meditación. Effectiveness and safety of meditation. Informe Técnico SESCS. https://conprueba.es/sites/default/files/informes/2022-08/PS_SESCS_Meditacion_DEF_NIPO.pdf

Análisis de situación de las terapias naturales (2011). Resumen. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España: https://www.sanidad.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf

Andrade, J., and Feinstein D. (2003). Energy psychology: Theory, indications, evidence. In D. Feinstein, Energy psychology interactive. Ashland, OR: Innersource. This paper was written for and appears in Energy Psychology Interactive: An Integrated Book and CD Program for Learning the Fundamentals of Energy Psychology (Ashland, OR: Innersource, 2004). Recuperado de: https://www.energiepsy.com/uploads/3/1/7/7/3177769/andrade_feinstein_paper-1.pdf

Andrade, J. (2008). AMSB en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Pruebas clínicas multicentro, aleatorizadas y enmascaradas. Tesis de maestría en psiconeuroinmunoendocrinología. Universidad Favaloro. Citada en: Andrade, Joaquín y Navatta, Florencia (2020). "Más allá del tapping…AMSB". Publicación Independiente recuperada de Kindle.

Andrew y cols (2012). "Metaanálisis de la Acupuntura para el dolor". Arch Intern Med. 2012 Oct 22;172(19):1444-53. Doi: https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3654

Artículo completo en inglés: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3658605/

Ausländer, F. (2002). Evaluierung zu Organisationsaufstellungen [Evaluation of organisational constellations]. Praxis der Systemaufstellung, 1, 85.

Association for Comprehensive Energy Psychology (ACEP). Energypsych.org Energy Psychology. A Hierarchy of Evidence. Recuperado de: https://irp.cdn-website.com/d7d8897f/files/uploaded/EP%20Hierarchy%20of%20Evidence.pdf

Baitinger, H. (1999). Die Wirkungen des Familien-Stellens auf den psychosomatischen Symptomkomplex und die Bedeutung einzeltherpeutischer Nacharbeit [Effects of family constellation on psychosomatic symptoms and the relevance of aftercare in individual therapy]. Praxis der Systemaufstellung, 1(2), 38-43

Barna K.T.; Petroll, C.; Rivas, C.; Scholtens, S. (2021). The Effectiveness of Family Constellation Therapy in Improving Mental Health: A Systematic Review. First published: 02 February 2021. Doi: https://doi.org/10.1111/famp.12636 Artículo completo en inglés: https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/177231226/famp.12636.pdf

Barna K. T.; Scholtens, S.;- Petroll, C.; Rivas, C.; Fleer, J.;.Systemic constellations applied in organisations: a systematic review. Gr Interakt Org (2021) 52:537–550. Published online: 3 August 2021. Doi: https://doi.org/10.1007/s11612-021-00592-8

Artículo completo en inglés: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11612-021-00592-8.pdf?pdf=button

Baumgartner, M. (2006). Gestaltung einer gemeinsamen Organisationswirklichkeit [Designing a common organisational reality]. Doctoral dissertation, Technical University of Zurich, Switzerland. : Auer.

Berreth, A. (2009). Organisationsaufstellung und Management [Organisational constellation and management]. Doctoral dissertation, University of Basel, Switzerland. : Auer.

Binder, C. (2005). System-Aufstellungen im Kontext von Organisationsentwicklungsprozessen [System constellations in the context of organisational development processes]. German Journal of Research in Human Resource Management, 19(4), 414–417.

Birkenkrahe, M. (2008). System constellations as a tool supporting organisational learning and change processes. International Journal of Learning and Change, 3(2), 125–144.

Boland, H., & Michaelis, T. (2006). Jenseits des Rubikon? Der mögliche Beitrag von Systemaufstellungen und Lösungsorientierung zur Beratungsarbeit in der Landwirtschaft [Beyond the Rubicon? The potential contribution of systemic constellations and solution orientation to extension work in agriculture].

Berichte über Landwirtschaft Zeitschrift für Agrarpolitik und Landwirtschaft, 84(2), 264–288.

Besser-Siegmund, Cora; y Siegmund, Harry (2010). "Coaching Wingwave". España: Rigden Institut Gestalt

Borek, L. (2011a). Der Einfluss von Systemischen Strukturaufstellungen auf Kohäsion, Kooperation, Koordination und Kommunikation in Teams: Eine Längsschnittstudie [The impact of systemic K 548 S. Scholtens et al. structural constellations on cohesion, cooperation, coordination and communication within teams: A longitudinal study]. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 42(2), 173–185. https://doi.org/10.1007/s11612-011-0145-8.

Borek, L. (2011b). Team structural constellations and intra-team conflict. Team Performance Management, 17(7/8), 405–417. https://doi.org/10.1108/13527591111182652.

Broughton, V. (2006). Constellations in an individual setting. Self & Society, 33(4), 20-26. http://dx.doi.org/10.1080/03060497.2006.11086256

Bulling, K. (2018). The systems constellation as an instrument for change agents. Doctoral dissertation, University of Bremen, Germany. Wiesbaden: Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24908-3.

Burchardt, C. (2015). Business coaching and consulting—the systemic constellation approach in business. In M. Schabacker, K. Gericke, N. Szélig & S. Vajna (Eds.), Modelling and management of engineering processes (pp. 101–112). Berlin Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-44009-4_9101

Chiappe, D., Rorie, R.C., Morgan, C. A., & Vu, K. L. (2014). A situated approach to the acquisition of shared SA in team contexts. Theoretical Issues in Ergonomics Science, 15(1), 69–87. https://doi.org/10.1080/1463922X.2012.696739.

Choi, K.-O., & Oh, K.-Y. (2018). [A study on married women's experiences in family constellation against induced abortion]. Journal of the Korea Contents Association, 18(9), 294–307. http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2018.18.09.294

Church, D.; Stapleton, P. et al (2019). Clinical EFT (emotional freedom techniques) improves multiple physiological markers of health. Journal of Evidence-Based Integrative Medicine, Vol 24, Feb 14, 2019, Article 2515690X18823691.

Doi: https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/2515690X18823691

Cohen, D. (2006). Family constellations: An innovative systemic phenomenological group process from Germany. The Family Journal, 14(3), 226-233. http://dx.doi.org/10.1177/1066480706287279

Davey, J., Turner, R. M., Clarke, M. J., & Higgins, J. P. T. (2011). Characteristics of meta-analyses and their component studies in the Cochrane Database of Systematic Reviews: a crosssectional, descriptive analysis. BMC Medical Research Methodology, 11(1), 160. http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-11-160

Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie. (2003). Stellungnahme der DGSF zum Thema „Familienaufstellungen" [Statement of the German Society for Systemic Therapy and Family Therapy on the topic of family constellations]. Retrieved from https://www.dgsf.org/themen/berufspolitik/hellinger.htm

Döring-Meijer, H., & Hellinger, B. (2000). Leiden ist leichter als lösen. Familienaufstellungen mit Suchtkranken. Ein Praxisbuch mit Bert Hellinger [Suffering is easier than resolving. Family constellation with people suffering from addictions. A course book with Bert Hellinger]. Paderborn: Junfermann Verlag.

Eficacia y seguridad de la acupuntura en el dolor crónico no oncológico de origen musculoesquelético. Efficacy and safety of acupuncture in chronic non-oncological musculoskeletal pain (2022). Informe técnico. Informes, estudios e investigación. Edita: Ministerio de Sanidad. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Recuperado de: https://conprueba.es/sites/default/files/informes/2022-08/PS_01_AETSA_ACUPUNTURAI_DEF_NIPO.pdf

Eficacia y seguridad del yoga en condiciones clínicas seleccionadas (2021). EE. García-Carpintero, J. González Enríquez, L.M. Parra Ramírez, L.M. Sánchez Gómez. Madrid: Ministerio de Sanidad. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. Recuperado de: https://conprueba.es/sites/default/files/informes/2022-10/PS_11_AETS_ISCIII_YOGA_DEF%20%281%29.pdf

EFT UNIVERSE, web fundada por Dawson Church: https://eftuniverse.com/research-studies/

Elsner, H., & Kölle, H. (2010). Aufstellen im Krankenhaus für Psychosomatische Medizin [Using constellations in clinics for psychosomatic medicine]. Praxis der Systemaufstellung, 13(1), 30-36.

Essen, C. (1998). Aufstellungen bei Angstsymptomatik und Panikattacken [Constellations for anxiety and panic disorders]. In G. Weber (Ed.), Praxis des Familien-Stellens (pp. 305-312). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Fasching, C. (2009), Aufstellungen in Systemen. Unterschiede in Theorie und Anwendung von Aufstellungsmethoden aus der Erfahrungswelt österreichischer Aufsteller [Constellations in systems. Differences in theory and application of constellation methods from the experience of Austrian constellators], [Thesis, WU Vienna, Austria]. https://www.yumpu.com/de/document/read/6767140/diplomarbeit-osterreichisches-forumsystemaufstellungen. Accessed 12 September 2019.

Feinstein, D. (2012). "APA actualiza su posición sobre la Psicología Energética". Recuperado de: https://www.academia.edu/65945549/Apa_Updates_Its_Position_on_Energy_Psychology

Finckh, C. A., & Reich, K. (2016). Systemic constellations in diversity management. The International Journal of Organisational Diversity, 16(4), 17–38.

Galla, J., Kopp, U., Martinuzzi, A., & Strömer, E. (2008). Programmakteuraufstellungen – Erste Erfahrungen mit Systemaufstellungen in Theoriebasierten Evaluationen [Focus on actors – Initial experiences with system constellations in theory-based evaluations]. Zeitschrift für Evaluation, 7(1), 35–73.

Gauchou HL , Rensink RA, Fels S. Expression of nonconscious knowledge via ideomotor actions. Conscious Cogn2012;21:976–82

Geils, C., & Edwards, S. D. (2018). Extended family constellations workshop efficacy on intuition measure and experience. Journal of Psychology in Africa, 28(3), 224-228. http://dx.doi.org/10.1080/14330237.2018.1475527

Gemeinhardt, B. (2006). Systemisch-lösungsfokussierte Gruppentherapie im Suchtbereich [Systemic solution-focused group therapy in drug rehabilitation]. In R. Basdekis Jozsa & M. Krausz (Eds.), Gruppentherapie in der Suchtbehandlung. Konzepte und praktisches Vorgehen (pp. 215-235). Stuttgart: Klett Cotta.

Georgiadou, S. (2012). Participants' experiences in Hellinger's family constellation work: A grounded theory study. Dissertation. University of Louisiana at Monroe, Ann Arbor.

Gleich, M. (2008). Organisationsaufstellungen als Beratungsinstrument für Führungskräfte [Organisational constellations as a consulting tool for managers]. Doctoral dissertation, HelmutSchmidt University Hamburg, Germany. : Auer.

Gminder, C. U. (2005), Nachhaltigkeitsstrategien systemisch umsetzen. Eine qualitative Exploration der Organisationsaufstellung als Managementmethode [Systematically implementing sustainability strategies. A qualitative exploration of the organisational constellation as a management method], Doctoral dissertation, University of St. Gallen, Switzerland. Spescha D-Druck St.Gallen. https://doi.org/10.1007/978-3-8350-9055-2

Goode, K. P. (2015). Enhancing the affective domain in order to reduce fear of death in first-year student nurses. Dissertation. University of Hertfordshire, Hatfield.

Goodheart GJ Jr. and Cuthbert SC. On the reliability and validity of manual muscle testing: a literature review. Chiropr Osteopat. 2007 Mar 6;15:4. doi: 10.1186/1746-1340-15-4

Green DM , Swets JA. Signal Detection Theory and Psychophysics (Vol. 1). New York: Wiley, 1966

Groth, T. (2004). Organisationsaufstellung – ein neues Zauberinstrument in der Beratung? [Organisational constellation—a new magic tool in consulting?]. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 35(2), 171–184. https://doi.org/10.1007/s11612-004-0015-8.

Gutmark, B. J. (2014), Systemische Aufstellungen im organisationalen Kontext. Eine empirische Untersuchung zur Wirksamkeit von Organisationsaufstellungen [Systemic constellations in an organisational context. An empirical study of the effectiveness of organisational constellations], Doctoral dissertation, Technical University Darmstadt, Germany

Hall, S., Lewith, G., Brien, S., & Little, P. (2008). A review of the literature in applied and specialised kinesiology. Complementary Medicine Research, 15(1), 40–46.

Häuser, W., Klein, R., & Schmidt-Keller, B. (1998). Familienaufstellen mit Bert Hellinger aus der Sicht teilnehmender Klientinnen und ihrer Therapeutinnen [Family constellation with Bert Hellinger from the clients' and their therapists' perspective]. In G. Weber (Ed.), Praxis des Familien-Stellens (pp. 478-488). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Höppner, G. (2006). „Heilt Demut – wo Schicksal wirkt?" Evaluationsstudie zu Effekten des Familien-Stellens nach Bert Hellinger ["Does humility heal where fate is in effect?' An effectiveness study on Bert Hellinger's family constellations]. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Hunger, C., Bornhäuser, A., Link, L., Schweitzer, J., & Weinhold, J. (2014). Improving experience in personal social systems through family constellation seminars: Results of a randomized controlled trial. Family Process, 53(2), 288-306. http://dx.doi.org/10.1111/famp.12051

Hunger, C., Weinhold, J., Bornhäuser, A., Link, L., & Schweitzer, J. (2015). Mid- and long-term effects of family constellation seminars in a general population sample: 8- and 12-month follow-up. Family Process, 54(2), 344-358. http://dx.doi.org/10.1111/famp.12102

Hurley J., Koenning, M., & Bray, A (2018). Responding to intergenerational psychological trauma: A literature review paper on the place of Family Constellation Therapy. Psychotherapy and Counselling Journal of Australia. Recuperado de: https://pacja.org.au/2018/08/4441/

Ingwersen, F. (2000). Kinder in der Todesnähe - das Geheimnis der Drogensucht. Suchtbehandlung mit Familienaufstellungen in einer Psychosomatischen Klinik [Children in the near of death - the secret of drug addiction. Addiciton therapy with family constellation in a clinic for psychosomatic disorders]. In H. Döring-Meijer (Ed.), Die entdeckte Wirklichkeit (pp. 107-124). Paderborn Junfermann.

Irgens, A. et al. "Thought Field Therapy compared to cognitive behavioral therapy and wait-list for agoraphobia: A randomized, controlled study with a 12-month follow-up." Frontiers in Psychology 8 (2017): 1027. doi:10.3389/fpsyg.2017.01027. Artículo completo en inglés: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01027/full

Jafferany, M., Capec, S., Yaremkevych, R., Andrashko, Y., Capec, G., & Petrek, M. (2019). Effects of family constellation seminars on itch in patients with atopic dermatitis and psoriasis: A patient preference controlled trial. Dermatologic Therapy, 32(6), e13100. http://dx.doi.org/10.1111/dth.13100

James, J., & Ingham, T. (2004). Enhancing children's learning: A pilot study of the application of systemic approaches in primary schools. A research report for the DfES. Nowherefoundation

Jansen, A. (2018). Emerging from the Mystical: Rethinking Muscle Response Testing as an Ideomotor Effect. Energy Psychology 10:2 · November 2018. https://energypsychologyjournal.org/

Doi: 10.9769/EPJ.2018.10.2.AJ Texto completo en inglés:

https://www.researchgate.net/profile/Anne_Jensen6/publication/332549233_Emerging_from_the_Mystical_Rethinking_Muscle_Response_Testing_as_an_Ideomotor_Effect/links/5cbc5882299bf1209774c32a/Emerging-from-the-Mystical-Rethinking-Muscle-Response-Testing-as-an-Ideomotor-Effect.pdf?origin=publication_detail

Jasubhai, S. (2021). Efficacy of Emotional Freedom Technique and Cognitive Behavioural Therapy on stress, anxiety, depression, short-term memory, psychophysiological coherence and heart rate in Indian adults. Journal of Clinical Psychology and Mental Health Care, 2(4). Doi: https://doi.org/03.2021/1.10025. Artículo completo: https://tinyurl.com/4h2n4tkz

Jirásek, I., & Jirásková, M. (2015). Systemic constellation as a transrational image of the unconscious: non-religious spirituality, or implicit religion? Implicit Religion, 18(1), 63–75. https://doi.org/10.1558/imre.v18i1.26879.

Jirásek, I.,Jirásková, M., Majewská, P., & Bolcková, M. (2017). Experiencing spiritual aspects outdoors in the winter: a case study from the Czech republic using the method of systemic constellations. British Journal of Religious Education, 39(2), 122–148. https://doi.org/10.1080/01416200.2014.984586.

Jost, R. (2007). Familienaufstellungen im Urteil der Klienten. Eine retrospektive Befragung [Family constellations according to clients' judgement. A retrospective inquiry]. Blickpunkt EFL-Beratung, 4(18), 56-59.

Junge, G. (1998). Familienaufstellung nach Bert Hellinger. Eine qualitative Untersuchung anhand einer Nachbefragung von Klienten [Family constellations of Bert Hellinger. A qualitative study based on client interviews]. Universität Hamburg, Hamburg.

Jurg, W. (2010). The perceived usefulness of branding constellations. Doctoral dissertation, Radboud University Nijmegen, the Netherlands. : Het Noorderlicht.

Jurg, W., Bloemer, J., Doorewaard, H., & Peelen, E. (2008). Systems constellations: a better way to identify branding opportunities? Journal of Brand Management,

Klingohr, E. (2012). Möglicher Nutzen von Aufstellungsarbeit im Arbeits- und Organisationskontext [Possible use of constellation work in a work and organisational context]. Thesis. Vienna: Sigmund Freud Private University

Knottnerus, J. and Buntinx, F. (2008). The Evidence Base of Clinical Diagnosis. Theory and Methods of Diagnostic Research. Ed. BMJ

Kolodej, C., Schröder, J., & Kallus, K.W. (2016). Evaluation systemischer Strukturaufstellungen im Organisationskontext [Evaluation of systemic structural constellations within an organisational context]. Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO), 47(1), 61–71.

Konkoly Thege, B., Petroll, C., Rivas, C., & Scholtens, S. (2021). The effectiveness of family constellation therapy in improving mental health: A systematic review. Family Process, 60(2), 409–423. https://doi.org/10.1111/famp.12636.

Krüger, M., & Schmidt-Michel, P.-O. (2003). Familienaufstellungen in der Psychiatrischen Tagesklinik [Family constellations in the psychiatric day clinic]. Krankenhauspsychiatrie, 14(3), 90-94. http://dx.doi.org/10.1055/s-2003-42672

Laireiter, A.-R., & Mitterhuemer, J. (2011). Die Beurteilung von Familienaufstellungen – Eine Konsumenten-Studie [Evaluation of family constellations - A consumer study]. Psychologie in Österreich, 31(2-3), 136-147.

Langlotz, E. R. (1998a). Familien-Stellen mit Psychosekranken: ein Kurs mit Bert Hellinger [Family constellation with psychotic patients: A course with Bert Hellinger]. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Langlotz, E. R. (1998b). Wann kann systemische Familientherapie schaden? [When can systemic family therapy cuase harm?]. Praxis der Systemaufstellung, 1(1), 35-39.

Langlotz, E. R. (2001). Kann Familien-Stellen schaden? Erfahrungen eines Psychiaters [Can family constellation cause harm? Experiences of a psychiatrist]. In G. Weber (Ed.), Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen - Systemische Lösungen im Einklang (pp. 402-407). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

Langlotz, E. R. (2005). Zur Effizienz des Familienstellens [On the effectiveness of family constellations]. Retrieved from http://www.e-rlanglotz.de/systemische_familientherapie/public_effizienzFam.php

Langlotz, E. R. (2006). Effizienzforschung „prozessorientiertes" Familienstellen. Neue Ergebnisse mit dem SCL 90 R [Effectiveness of process-oriented family constellations. New results with the SCL-90-R]. Retrieved from http://www.e-rlanglotz.de/systemische_familientherapie/public_effizienzforschung.php

Langlotz, E. R. (2010). Systemische Selbst-Integration. Systemaufstellung in der psychiatrischen Praxis [Systemic self-integration. System constellation in the psychiatric praxis]. Praxis der Systemaufstellung, 13(2), 74-76.

Lena H. Sun and Juliet Eilperin. Trump administration freezes database of addiction and mental health treatments. Washington Post. January 10, 2018

Lloyd, D.M. (2009). The space between us: a neurophilosophical framework for the investigation of human interpersonal space. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 33(3), 297–304. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.09.007.

Lundstrom M. What to do When you Can't Decide: Useful Tools for Finding the Answers Within. Louisville, CO: Sounds True, 2010

Mahr, A., & Brömer, H. (2008). Aufstellungen in der Suchtrehabilitation - Erfahrungen und Ergebnisse [Constellations in addiction rehabilitation. Experiences and results]. Praxis der Systemaufstellung, 11(2), 66-74.

Mathieu, J. E., Heffner, T. S., Goodwin, G. F., Salas, E., & CannonBowers, J. A. (2000). The influence of shared mental models on team process and performance. The Journal of Applied Psychology, 85(2), 273–283. https://doi.org/10.1037//0021-9010.85.2.273.

Marcel AJ. Slippage in the unity of consciousness. In: Bock GR, Marsh J (eds.), Experimental and Theoretical Studies of Consciousness: Ciba Foundation Symposium174, 1993, 168–86

Martínez Bernal, Juan Carlos (2020). "100 Investigaciones en EMDR, EFT, CF, PNL y más". Segunda edición. Publicación Independiente en Kindle.

Mayer, C., & Viviers, R. (2015). Exploring cultural issues for constellation work in South Africa. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 36(2), 289–306. https://doi.org/10.1002/anzf.1103.
McQuillin, J., & Welford, E. (2013). How many people are gathered here? Group work and family constellation theory. Transactional Analysis Journal, 43(4), 352-365. http://dx.doi.org/10.1177/0362153713519743
Müller-Christ, G., Liebscher, A. K., & Hussmann, G. (2015). Nachhaltigkeit lernen durch Systemaufstellungen [Learning Sustainability via Systemic Constellations]. Zeitschrift für Wirtschaftsund Unternehmensethik, 16(1), 29–51.
Mraz, R. (2006). Nachgeprüft. Ergebnisse einer 10-Jahres-Katamnese aus über 850 Aufstellungen [Proven. Results of a 10-year retrospective study based on more than 850 constellations]. Praxis der Systemaufstellung, 9(2), 94-101.
Muñoz-Ortego y cols. (2018). "Síntesis de la evidencia científica en acupuntura". Revista Internacional de Acupuntura Volume 12, Issue 4, October–December 2018, Pages 97-125. Doi: https://doi.org/10.1016/j.acu.2018.11.002 Artículo completo en español:
https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Perez-Samartin/publication/329858234_Síntesis_de_la_evidencia_científica_en_acupuntura/links/5f19a2014585l515ef42295f/Síntesis-de-la-evidencia-científica-en-acupuntura.pdf
Nazarkiewicz, K., & Bourquin, P. (Eds.). (2017). Trauma und Begegnung. Praxis der Systemaufstellung [Trauma and encounter. The practice of system constellations] Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Nelles, W. (2007). Klassisches Familien-Stellen, Bewegungen der Seele, Bewegungen des Geistes-Wohin bewegt sich die Aufstellungsarbeit? [Classic family constellation, movements of the soul, movements of the spirit mind - Where does constellation work go?]. Praxis der Systemaufstellung, 10(1), 32-45.
Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias:
https://www.cqcom.es/observatorios/oppiss
Olson y cols. (2017). Ask the pendulum: personality predictors of ideomotor performance. Neurosci Conscious. 2017; 2017(1): nix014. Published online 2017 Aug 2. doi: 10.1093/nc/nix014
Omura, Y. (1993). Prueba de anillo tórico bi-digital para imágenes y diagnóstico de órganos internos de un paciente. Bi-digital O-ring test for imaging and diagnosis of internal organs of a patient.
https://patents.google.com/patent/US5188107A/en
Omura, Y. (1981). New simple early diagnostic methods using Omura's "Bi-digital O-ring Dysfunction Localization Method" and acupuncture organ representation points, and their applications to the "drug & food compatibility test" for individual organs and to auricular diagnosis of internal organs—Part I. Acupuncture and Electro-Therapeutics Research, 6(4), 239–254.
Ondobaka S, Bekkering H. Hierarchy of idea-guided action and perception-guided movement. Front Psychol. 2012 Dec 27;3:579. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00579.
Pacher, B. (2006). How effective are organizational constellations in the context of change processes? [Welche Wirksamkeit haben Organisationsaufstellungen im Rahmen von Veränderungsprozessen? In P. Heimerl, K. Brunnmayr-Grüneis, K. Huber & B. Pacher (Eds.), Expedition statt Organisation [Expedition instead of organisation] (pp. 3–137). : Haupt.
Pluta, A., & Rudawska, A. (2016). Holistic approach to human resources and organizational acceleration. Journal of Organizational Change Management, 29(2), 293–309.
Pollard, H., Calder, D., Farrar, L., Ford, M., Melamet, A., & Cuthbert, S. (2011). Inter examiner reliability of manual muscle testing of lower limb muscles without the ideomotor effect. Chiropractic Journal of Australia, 41(1), 23–30.
Pollard, H., Lakay, B., Tucker, F., Watson, B., & Bablis, P. (2005). Interexaminer reliability of the deltoid and psoas muscle test. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, 28(1), 52–56.
Pritzker, S. E., & Duncan, W. L. (2019). Technologies of the social: Family constellation therapy and the remodeling of relational selfhood in China and Mexico. Culture, Medicine, and Psychiatry, 43(3), 468-495. http://dx.doi.org/10.1007/s11013-019-09632-x
Psychological Treatments. División 12 de la APA: https://div12.org/psychological-treatments/
Ramos, S., & Ramos, J. A. (2019). Process of change and effectiveness of family constellations: A mixed methods single case study on depression. The Family Journal, 27(4), 418-428. http://dx.doi.org/10.1177/1066480719868706
Rieger, D., & Stückemann, L. (1999). „Finden was wirkt" (Hellinger 1993). Eine explorative Untersuchung zur Wirkungsweise der systemischen Familienaufstellung nach Bert Hellinger (Diplomarbeit). ["Finding what works" (Hellinger, 1993). An explorative study on the effectiveness of Bert Hellinger's systemic family constellations. Thesis]. Universität Freiburg, Freiburg.
Roevens, J. L.M. (2008). Systemic constellations work in organisations. Doctoral dissertation, Tilburg University, the Netherlands.
Roth, S. (2019). Heal the world. A solution-focused systems therapy approach to environmental problems. Journal of Cleaner Production, 216, 504–510. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.12.132.
Ruppert, F. (2006). Constellations under the sign of multi-generational systemic psychotraumatology. Self & Society, 33(4), 10-19. http://dx.doi.org/10.1080/03060497.2006.11086255
Ruppert, F. (2002). Wissenschaftliche Untersuchung zu Organisationsaufstellungen [Scientific investigation of organisational constellations. In G. Weber (Ed.), Praxis der Organisatonsaufstellungen. Grundlagen, Prinzipien, Anwendungsbereiche [Practice of organisational constellations. Basics, principles, areas of application] (2nd edn., pp. 279–304). : Auer.
Schlötter, P. (2016). Vertraute Sprache und ihre Entdeckung – Systemaufstellungen sind kein Zufallsprodukt – der empirische Nachweis [Familiar language and its discovery—system constellations are no accident—the empirical evidence] (3rd edn.). Doctoral dissertation, Private University Witten/Herdecke, Germany. : Auer.
Schlotter F, Halu A, Goto S, Blaser MC, Body SC, Lee LH, Higashi H, DeLaughter DM, Hutcheson JD, Vyas P, Pham T, Rogers MA, Sharma A, Seidman CE, Loscalzo J, Seidman JG, Aikawa M, Singh SA, Aikawa E. Spatiotemporal Multi-Omics Mapping Generates a Molecular Atlas of the Aortic Valve and Reveals Networks Driving Disease. Circulation. 2018 Jul 24;138(4):377-393. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.032291
Schlötter, P. (2018). The social nature of man—falsifiable. Empirical study on the global meaning of spatial positioning of humans to each other. : Auer.
Schneider, J. R. (2010). Zur neuerlichen Kritik an der Aufstellungsarbeit und der DGfS [On the renewed criticism of constellation work and the German Association for Systemic Constellations]. Praxis der Systemaufstellung, 13(1), 105-110.
Schumacher, T. (2000). Systematische Strukturen in Familie und Organisation: eine Studie zu Auswirkungen von Familienaufstellungen auf subjektive Beziehungsbilder [Systematic structures in families and organizations: A study into the effects of family constellations on the perception of interpersonal relationships]. Bonn: Rheintal Institut Verlag.
Schwartz, S. A., Utts, J., Spottiswoode, S. J. P., Shade, C. W., Tully, L., Morris, W. F., & Nachman, G. (2014). A doubleblind, randomized study to assess the validity of applied kinesiology (AK) as a diagnostic tool and as a nonlocal proximity effect. Explore: The Journal of Science and Healing, 10(2), 99–108.
Sebastian, B., & Nelms, J. (2017). The effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Explore, 13, 16-25. DOI: 10.1016/j.explore.2016.10.001
Sethi, Y. (2009). Does the process of family constellations improve relationships and wellbeing? Thesis. Australian College of Applied Psychology, Sydney.
Shin, Y. K., Proctor, R. W., & Capaldi, E. J. (2010). A review of contemporary ideomotor theory. Psychological Bulletin, 136(6), 943–974.
Stapleton, Peta, Ph.D. (2019). "The Science behind Tapping. A proven stress management technique for the mind & body". Hay House, Inc.: USA
Stiefel, I., Harris, P., & Zollmann, A. W. F. (2002). Family constellation — A therapy beyond words. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 23(1), 38-44. http://dx.doi.org/10.1002/j.1467-8438.2002.tb00484.x
St John, D. (2018). Aufstellungsarbeit lernen und lehren [Learn and teach constellation work]. Master thesis. Vienna: Sigmund Freud Private University.
Staicu, D., & Pop, O. (2018). Mapping the interactions between the stakeholders of the circular economy ecosystem applied to the textile and apparel sector in Romania. Management and Marketing. Challenges for the Knowledge Society, 13(4), 1190–1209. https://doi.org/10.2478/mmcks-2018-0031.
Stock, A., & Stock, C. (2004). A short history of ideo-motor action. Psychological Research, 68(2–3), 176–188.
Stones, B. (2006). A brief history of Bert Hellinger's family constellations. Self & Society, 33(4), 5-9. http://dx.doi.org/10.1080/03060497.2006.11086254
Talarczyk, M. (2011). Family constellation method of Bert Hellinger in the context of the Code of Ethics for Psychotherapists. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 13*(3), 65–74.
Tenner, C. (2014). Orgnizational constellations in North America. Research findings on facilitators' perspective. The Knowing Field, 24, 34–40.
Tordesillas RS ,Chaiken S. Thinking too much or too little? The effects of introspection on the decision-making process. Pers Soc Psychol Bull1999;25:625–31
Wade, H. (2004). Systemic working: the constellations approach. Industrial and Commercial Training, 36(5), 194–199. https://doi.org/10.1108/00197850410548576
Weber, G., & Rosselet, C. (2016). Organisationsaufstellungen. Grundlagen, Settings, Anwendungsfelder [Organisational constellations. Basics, settings, fields of application]. : Auer.
Weinhold, J., Hunger, C., Bornhäuser, A., Link, L., Rochon, J., Wild, B., & Schweitzer, J. (2013). Family constellation seminars improve psychological functioning in a general population sample: results of a randomized controlled trial. Journal of Counseling Psychology, 60(4), 601-609. http://dx.doi.org/10.1037/a0033539
Weinhold, J., & Reinhard, A. (2014). Der Forschungsstand zur Wirksamkeit von Systemaufstellungen [The current state of the evidence regarding the effectiveness of systemic constellations]. In J.
Weinhold, A. Bornhäuser, C. Hunger, & J. Schweitzer (Eds. 2014), Dreierlei Wirksamkeit. Die Heidelberger Studie zu Systemaufstellungen (pp. 36–63). Heidelberg: Carl-Auer.
Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. (2008). Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books.
Wellens, A.R., & Goldberg, M. L. (1978). The effects of interpersonal distance and orientation upon the perception of social relationships. The Journal of Psychology, 99(1), 39–47. https://doi.org/10.1080/00223980.1978.9921437.
Yehuda R, Daskalakis NP, Lehrner A, Desarnaud F, Bader HN, Makotkine I, Flory JD, Bierer LM, Meaney MJ. Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring. Am J Psychiatry. 2014 Aug;171(8):872-880. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13121571.
Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press.

50.- CONCLUSIONES

Sí, estoy consciente de que escribí un libro precursor para especialistas que mayormente lo valorarán dentro de un buen de tiempo, cuando se compruebe o crezca la validación a la psicología energética. O, también, soy un recopilador y portavoz de conocimiento "adelantado" a su tiempo, que todavía no se propaga lo suficiente en las universidades de España y Latinoamérica. El avance es más notorio en Estados Unidos de América, aunque todavía hay resistencias a catalogar la psicología energética como basada en evidencia irrefutable, estando aun en la controversia lo que se ha investigado y meta-analizado.

Las explicaciones chinas de hace 5 mil años sobre los mecanismos de la acupuntura no coinciden con lo que se ha encontrado en las investigaciones contemporáneas. Y esto no quita credibilidad a la psicología energética, simplemente la efectividad transita a otros tipos de energía.

Por lo que se ve en las investigaciones revisadas en este libro, la Línea Media de nuestro cuerpo —sobre todo: abdomen, tórax y cabeza— se vuelve importante porque ahí coinciden las ubicaciones de:

1.- Mayor densidad de **mecanorreceptores** (Andrade, 2008; Solvey y Solvey, 2006). También, otras zonas con alta densidad de mecanorreceptores están en la piel glabra —sin vellos— como las palmas de las manos, zona dorsal de dedos, brazos y extremidades inferiores, cuello, plantas de los pies, frente, nariz y alrededor de los ojos.

Ji-Sheng Han, director del Instituto de Investigaciones en Neurociencia de la Universidad de Beijing, ha venido estudiando la neurofisiología de los mecanismos de la terapia de agujas por 40 años. Jamás encontró nada que sostenga la existencia de los "meridianos", los "puntos", la "energía", etc. Afirma que los estímulos cutáneos no necesitan hacerse sobre los "puntos",

sino sobre cualquier área con mecanoreceptores, y que lo que importa son las frecuencias de estímulo (Andrade, 2020). Jean Daniaud, en el Hospital Beaujon de Paris, practicaba lo que denominaba estimuloterapia tegumentaria. En comunicaciones y demostraciones personales con Joaquin Andrade, le expresaba que lo importante no eran las localizaciones sino la calidad e intensidad de los estímulos.

2.- Mayor densidad de **magnetitas** y glándulas (Del Río Esther, 1986). Que con los hallazgos de esa investigadora se descubrió coinciden con la ubicación de glándulas y, lo más sorprendente, con la ubicación de los llamados chakras de la tradición hindú.

3.- Mayor tramo de los **nervios vagos ventral y dorsal** (Porges, 1995). La Teoría Polivagal desarrollada por Stephen Porges ha sido un parteaguas en la comprensión de traumas emocionales y biológicos.

4.- Neuronas del Sistema Nervioso **Entérico** (Gershon, 1998). Muy relacionadas con la emoción del miedo, por ejemplo.

5.- Energía **electromagnética del corazón** (McCraty, 2015). De aquí se desprenden aplicaciones enormes para mindfulness, meditación, aceptación y compromiso, salud emocional, interacciones sociales, etcétera.

6.- En el torso hay presencia del músculo **diafragmático** clave en la respiración, y presencia de órganos como el hígado, los pulmones, columna vertebral, riñones y el sistema digestivo.

7.- En la investigación del **Atlas corporal de emociones** (Nummenmaa et al. 2013) se nota que las regiones que más fueron reportadas por los participantes como foco de su sentir emocional son tórax, abdomen, cabeza, brazos y manos. Esto coincide en gran medida con las observaciones de Robles (2007) en el Focusing de Gendlin, quien menciona que la mayor parte de las veces las personas señalan sus *sensaciones-sentidas* en la línea media, sobre todo en abdomen, garganta y zona pectoral.

Por otra parte:

8.- Lo que sí se ha ido encontrando en investigaciones de neurociencia es la presencia en las manos y otras zonas del cuerpo humano de grandes cantidades de energía electromagnética, mecanorreceptores y la acción del sistema nervioso autónomo simpático y del parasimpático, que tanta relevancia está adquiriendo en los últimos años, a través de teorías como la Polivagal de Porges.

Además, tocar un punto de acupuntura genera una señal eléctrica. Este proceso está regulado por el principio bien establecido de que ciertas proteínas grandes dentro de las células pueden transformar un estímulo mecánico, como pinchazos o presión sobre la piel (es decir, golpecitos), en electricidad. Llamada "**transducción mecanosensorial**", la señal producida es una forma de "**piezoelectricidad**" o "**electricidad generada por presión**" (Bagriantsev SN et al. 2014).

Los estudios de la estimulación de los puntos de acupuntura revelan otra forma en que las señales eléctricas pueden transmitirse a través del cuerpo, diferente a la sináptica de neurona a neurona. Un programa de investigación de 10 años en la Escuela de Medicina de Harvard que utilizó fMRI —imagen por resonancia magnética funcional— y otros dispositivos de imágenes para investigar los efectos de estimular los puntos de acupuntura descubrió que ciertos puntos envían señales a la amígdala y otras partes del sistema límbico que reducen la activación de amenazas casi instantáneamente (Hui KK, et al. 2005; Fang et al., 2009; Zhang ZJ, et al. 2012). ***Este hallazgo tiene enormes implicaciones para comprender la psicología energética*** **porque uno de los principales procedimientos utilizados en los protocolos de psicología energética consiste en estimular los puntos de acupuntura haciendo tapping sobre ellos.**

9.- Es cierto que hace falta mayor investigación en la Psicología Energética o en disciplinas similares. Además de que **ha habido poca difusión de las pocas investigaciones que se han realizado, empezando por las universidades**. Seguramente el lector de este libro estará asombrado por algunas investigaciones descritas aquí. Créame que yo también me asombré cuando las vi por primera vez. Los partidarios de otros enfoques teóricos han sido más numerosos para investigar y para promover sus investigaciones, esto ha marcado una

diferencia que todavía se resiente, en todos los aspectos.

10.- Las técnicas de Psicología Energética que han recibido más evidencias en las investigaciones más reconocidas han sido EFT (Emotion Freedom Techniques), TFT (Thought Fieltd Therapy) y TAT (Tapas Acupressure Technique), en ese orden. Sin embargo, las evidencias que se han encontrado se refieren a su efectividad, no a sus fundamentos filosóficos ni a los mecanismos exactos de por qué funcionan, lo cual continúa en investigación.

11.- En **América Latina**, hay que reconocer y agradecer a los pioneros investigadores y desarrolladores de la Psicología Energética, aunque ellos le denominen de otra manera a su manera de trabajar con esas técnicas. Joaquin Andrade, Pablo Solvey (q.e.p.d.), Raquel Ferrazzano de Solvey, Sergio Lizárraga, Ricardo Eiriz, Veturian Arana, entre otros. En otros países: John Diamond, Roger Callahan, Gary Craig, Tapas Fleming, Silvia Hartmann, David Feinstein, Donna Eden, Barbara Brennan, Fred Gallo, Diepold, Goodheart, entre muchos otros.

12.- Pero, entonces **¿de cuál energía estamos hablando? De todo tipo de energías: eléctrica, magnética, química, mecánica**, y queda por ver si en posteriores investigaciones se encuentra la energía que filosofan los chinos y los hindúes, lo que no se descarta ni se niega, simplemente se tiene que demostrar científicamente, aunque habrá muchos taoístas y occidentales que lo intentan demostrar con sus prácticas. Todo lo anterior escrito en este libro no son ocurrencias, es una muestra **fundamentada y contundente** de que ya no estamos en la "década del cerebro" de 1990 cuando se negaba y refutaba cualquier técnica energética, sobre todo las de la Psicología Energética. Aunque no se ha encontrado la "energía Chi" de los chinos o la "energía prana" de los hindúes, se ha avanzado en descubrir la influencia de otras energías **medibles** que, sin duda, nos está cambiando el panorama y la manera de facilitar terapias a los consultantes, sobre todo teniendo ese tipo de técnicas como complemento a una formación psicológica y terapéutica tradicional y académica.

13.- **El cuerpo humano es también un generador**

piezoeléctrico.

La estructura cristalina de las moléculas de colágeno que constituyen el tejido conectivo tiene una destacada propiedad: la de ser un semiconductor de energía e información (Dawson Church, 2009).

En Feinstein (2022) se refiere que, en un estudio de 2002, utilizando imágenes de ultrasonido, encontró una correspondencia del 80 % entre los sitios de los puntos de acupuntura y el tejido conectivo del cuerpo, lo que sugiere que "**la relación anatómica de los puntos de acupuntura y los meridianos con los planos del tejido conectivo es relevante para el mecanismo de acción de la acupuntura**" (Langevin HM; Yandow JA, 2001). Además, en tiempos más recientes, en un estudio de **2021**, los colorantes trazadores, inyectados en los puntos de acupuntura, generaron migraciones lineales estrechamente alineadas con los gráficos de meridianos, ***lo que respalda tanto una base anatómica para los meridianos como evidencia previa de que operan dentro del tejido conectivo*** (Li T, et al., 2021). Este estudio también corroboró los hallazgos fundamentales pero controvertidos de Bong-Han Kim en Corea del Norte en la década de 1960 (Soh KS et al. 2013).

14.- **La mayoría de los puntos de acupuntura se encuentran por encima de la fascia**, **un tipo de tejido conectivo hecho principalmente de colágeno**. Debido a que el colágeno es un semiconductor, las señales pueden llegar rápidamente a áreas específicas del cuerpo en lugar de tener que viajar de sinapsis a sinapsis a través del sistema nervioso (Oschman JL, 2000). Esto proporciona una explicación sostenible para la velocidad y precisión reportadas de las técnicas de tapping en los puntos de acupuntura.

Esther del Río (2006), derivado de sus investigaciones, afirma que: El agua cristal líquido —clatrato— que organiza a las proteínas dentro del cuerpo y **el colágeno que forma parte del tejido conjuntivo** es lo primero que se desploma cuando se pierde la facultad de transformar el agua. Esto puede ser debido a una falla congénita o bien por la vejez de la célula de tal forma que todas las enfermedades de la colágena se pueden curar si se administra este tipo de agua clatrato.

15.- Debido a que la desregulación emocional y la hiperexcitación son los sustratos neurológicos de muchos trastornos basados en el trauma, como el TEPT —Transtorno de Estrés Postraumático—, las intervenciones que reducen la hiperexcitación en áreas cerebrales pertinentes son terapéuticas para ellos (Frewen PA, et al. 2006). Los protocolos de psicología energética regulan rápidamente a la baja la respuesta de lucha o huida asociada con la hiperactivación mediante el envío de señales de desactivación directamente al sistema límbico.

El tapping funciona para normalizar este flujo y reflujo simpático-parasimpático, neutralizando los efectos del trauma y devolviéndolo a un estado de compromiso social para que pueda sentirse seguro, relacionarse con los demás y experimentar el amor, la alegría y la diversión (Gallo, 2022).

16.- Casi 50 años después de Goodheart y 30 años después de los descubrimientos de Callahan y Diamond, desde el año 2012, con el **reconocimiento oficial de la APA a los estudios de la ACEP *por basarse en evidencia***, se puede decir, sin lugar a dudas, que el Nuevo Paradigma de la Psicología Energética ha iniciado formalmente en los primeros años de este Siglo XXI, ha tenido avances en investigaciones científicas y le queda un recorrido en el que los investigadores, miembros y practicantes logren consolidarla y expandirla como ha sucedido con otras técnicas y terapias, porque las evidencias conseguidas hasta el momento siguen siendo controvertidas para muchos.

17.-Nos dice Gary Craig: Recuerde los experimentos de física que demostraron una conexión no local entre fotones relacionados (Clauser et al., 1978; Aspect et al., 1982; Tittel et al., 1998).

Todos estamos hechos de átomos y, a nivel atómico, todos los átomos están conectados. Así, tu cuerpo no puede estar separado del mío. Tampoco puedes estar separado del árbol que puedes ver desde tu ventana. Todos estos átomos están vinculados, al igual que las gotas de agua se mezclan entre sí para formar un océano.

Significa que todo lo que percibimos a través de nuestros

sentidos es una ilusión y nada existe en forma separada. Una vez más, nuestros sentidos nos engañan. Vemos y escuchamos cosas que en realidad no existen. Nuestra verdadera realidad es la Unidad.

Lo más fundamental es que todos estamos conectados por un campo de energía. Nadamos en un mar de luz básicamente. Tienes que alejarte de toda la idea de separación porque la separación es el mayor problema en el mundo ahora.

18.- **Los mecanismos detrás de EFT,** investigados por Peta Stapleton y otros, incluyen la desactivación de la amígdala (centro de estrés en el cerebro) y el hipocampo (centro de la memoria), así como investigaciones recientes sobre la mejora del nervio vagal. También, se ha demostrado que EFT reduce significativamente los niveles de cortisol, que es la hormona del estrés (Church and Brooks, 2012).

La investigación sobre la expresión génica indica que EFT tiene la capacidad de regular a la baja los genes asociados con la respuesta al estrés y regular al alza o mejorar el funcionamiento inmunológico (Stapleton et al. 2019, 2022).

19.- **Los componentes de EFT**

La exposición al recuerdo: Componente usado en la terapia de exposición y otras terapias.

La frase: Componente de la terapia cognitivo-conductual.

El tapping: Componente original de EFT.

20.- Por lo que reportan el prestigioso investigador Feinstein (2019) y Ortner (2014) los profesionales de la salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas) que están usando las técnicas de la Psicología Energética, *mayormente* las están utilizando *como complemento* a sus tratamientos y abordajes dominantes. Y es importante decir que una buena cantidad de terapeutas —de diversas tendencias: Gestalt, Cognitivo-Conductual, psicoterapias corporales, etc.— testimonian haber incorporado algunas de estas técnicas energéticas como parte de un plan integrativo para facilitar que sus consultantes *fluyan* de mejor manera.

D. Feinstein (2016) investigó y encontró que **la mayoría de los terapeutas que incorporan *el tapping de puntos de acupuntura* en sus prácticas no lo identifican como su modalidad principal, sino que integran la técnica en sus marcos clínicos existentes**.

TFT (la técnica abuela de la Psicología Energética) se puede integrar fácilmente en la terapia cognitiva, la terapia conductual, el manejo de la ira y otras terapias de conversación tradicionales y puede mejorar cualquier medio de tratamiento efectivo que el médico esté practicando (Connolly, 2004). Sakai (2014) descubrió que TFT también funciona bien con la terapia interpersonal, la terapia Gestalt, la terapia existencial, la terapia de realidad, EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares), terapia narrativa, métodos de desarrollo de habilidades y enfoques psicoeducativos. TFT se puede utilizar como tratamiento primario o único, y también se puede integrar y utilizar para aumentar y acelerar el progreso de otras formas de terapia.

De hecho, eso es lo que yo recomiendo como conclusión: que se usen las técnicas de Psicología Energética *como complemento* a la formación académica que se tenga en terapia, informando al consultante y respetando el acuerdo o desacuerdo de este a dichas técnicas.

Referencias

Andrade, J. (2008). AMSB en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Pruebas clínicas multicentro, aleatorizadas y enmascaradas. Tesis de maestría en psiconeuroinmunoendocrinología. Universidad Favaloro.

Aspect, A.; Dalibard, J.; Roger, G. (1982). Experimental Test of Bells Inqualities Using TimeVarying Analyzers. Phys. Rev. Lett. No. 25, Vol 49; 1804-1807: https://journals.aps.org/prl/pdf/10.1103/PhysRevLett.49.1804

Bagriantsev SN, Gracheva EO, Gallagher PG. Piezo proteins: Regulators of mechanosensation and other cellular processes. J Biol Chem. 2014; 289: 31673-31681. https://doi.org/10.1074/jbc.R114.612697

Clauser, J. F. & Shimony, A. (1978) Bell's theorem: experimental tests and implications. Reports on Progress in Physics 41, 1881-1927.

Church D, Yount G, Brooks AJ. The effect of emotional freedom techniques on stress biochemistry: a randomized controlled trial. J Nerv Ment Dis. 2012 Oct;200(10):891-6. doi: 10.1097/NMD.0b013e31826b9fc1.

Church, Dawson (2009). "The Genie in Your Genes. Epigenetic Medicine and the New Biology of Intention". Second Edition. USA: Energy Psychology Press

Connolly, Suzanne M. (2004). Thought Field Therapy: Clinical Applications, Integrating TFT in Psychotherapy. George Tyrrell Press

Del Río, Esther, Dra. "Por las venas corre luz. Ciencia: el agua de tu ser". Catalina Herrera: https://www.reinnoa.com/Descargas/revista

Fang J, Jin Z, Wang Y, Li K, Kong J, Nixon EE, Zeng Y, Ren Y, Tong H, Wang Y, Wang P, Hui KK. The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: limbic-paralimbic-neocortical network modulation. Hum Brain Mapp. 2009 Apr;30(4):1196-206. doi: 10.1002/hbm.20583.

Feinstein D (2022) Uses of Energy Psychology Following Catastrophic Events. Front. Psychol. 13:856209. doi: 10.3389/fpsyg.2022.856209

Feinstein, David (2019). Energy psychology: Efficacy, speed, mechanisms. Volume 15, Issue 5, September–October 2019, Pages 340-351. DOI: https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.11.003

Artículo completo en inglés:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550830718303513?via%3Dihub

Gallo, Fred P. (2022). The Tapping Toolbox: Simple Body-Based Techniques to Relieve Stress, Anxiety, Depression, Trauma, Pain, and More. PESI Publishing, Inc.

Gershon, Michael (1998). The Second Brain: The Scientific Basis of Gut Instinctand a groundbreaking new understanding of nervous disorders of the stomach and intestine. Ed. Harper

Hui KK, Liu J, Marina O, Napadow V, Haselgrove C, Kwong KK, et al. The integrated response of the human cerebro-cerebellar and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI. Neuroimage. 2005; 27: 479-496.
https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.04.037

Langevin HM, Yandow JA. Relationship of acupuncture points and meridians to connective tissue planes. Anat Rec. 2002; 269: 257-265. https://doi.org/10.1002/ar.10185

Li T, Tang BQ, Zhang WB, Zhao M, Hu Q, Ahn A. In vivo visualization of the pericardium meridian with fluorescent dyes. Evid Based Complementary Altern Med. 2021; 2021: 5581227.

McCraty R. Science of the heart: Exploring the role of the heart in human performance. Boulder Creek: HeartMath Institute; 2015.

Nummenmaa L, Glerean E, Hari R, Hietanen JK. Bodily maps of emotions. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014 Jan 14;111(2):646-51. doi: 10.1073/pnas.1321664111. Epub 2013 Dec 30.

Ortner, Nick (2014). "La solución tapping". México: Random House Mondadori

Oschman JL. Energy medicine: The scientific basis. New York: Harcourt; 2000.

Robles Campos, Luis (2007). "Sensaciones sentidas periféricas. Ampliando la noción de las sensaciones con sentido". Focusing Trainer acreditado por The Focusing Institute, New York- USA. Recuperado de:
http://focusingexperiencial.blogspot.com/2007/02/sensaciones-sentidas-perifricas.html

Sakai, C. (2014). Overcoming Adversity: How Energy Tapping Transforms Your Life's Worst Experiences: A Primer for Post-Traumatic Growth (English Edition). Energy Psychology Press

Soh KS, Kang KA, Ryu YH. 50 years of Bong-Han theory and 10 years of primo vascular system. Evid Based Complementary Altern Med. 2013; 2013: 587827 https://doi.org/10.1155/2013/587827

Solvey, Pablo y Ferrazzano de Solvey, Raquel (2008). "Terapias de Avanzada. Tomo 1 y 2". Segunda edición, Argentina

Stapleton P, Buchan C, Mitchell I, McGrath Y, Gorton P, Carter B. An Initial Investigation of Neural Changes in Overweight Adults with Food Cravings after Emotional Freedom Techniques. OBM Integrative and Complementary Medicine 2019, Volume 4, Issue 1. doi: 10.21926/obm.icm.1901010

Peta Stapleton, Oliver Baumann, Tom O'Keefe, Sandeep Bhuta. Neural changes after Emotional Freedom Techniques treatment for chronic pain sufferers. Complementary Therapies in Clinical Practice 49, Nov 2022. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101653

Porges, S.W. (2021) Ancient Rituals, Contemplative Practices and Vagal Pathways. In J. Gordon-Lennox (Ed.) Coping Ritual in Fearful Times: An Unexplored Resource for Healing Trauma. Springer Nature, Cham, Switzerland.

Tittel, W., J. Brendel, H. Zbinden, and N. Gisin. Violation of Bell Inequalities by Photons More Than 10 km Apart. Phys. Rev. Lett. 81, 3563 – Published 26 October 1998

Zhang ZJ, Wang XM, McAlonan GM. Neural acupuncture unit: A new concept for interpreting effects and mechanisms of acupuncture. Evid Based Complementary Altern Med. 2012; 2012: 429412.

25.- GLOSARIO DE SIGLAS, ACUPUNTOS Y MERIDIANOS

BREVE GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS

ACEP: Association for Comprehensive Energy Psychology (Asociación para la Psicología Energética Integral), fundada en 1998.

Algoritmo: Es una serie de pasos organizados, que describe el proceso que se debe seguir, para dar solución a un problema específico. Aplicado al TFT, este emplea una serie de acupuntos en una secuencia establecida por Roger Callahan.

Alma: El Alma o Ser es la globalidad, meta consciencia o campo auto líder que, según IFS, tiene 8 características con las cuales se manifiesta y nos guía hacia la autorrealización: curiosidad, calma, confianza, compasión, creatividad, claridad, coraje (valentía) y conexión. Y es este Ser al que se aspira llegarse desde las meditaciones, oraciones, mantralizaciones, yogas, algunas psicoterapias y sistemas espirituales.

AMSB: Activación Multi Sensorial Breve. Desarrollada por Joaquin Andrade.

APA: American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología), la organización científica y profesional más importante en el ramo de la psicología en EE.UU.

Bilateral: En ambos lados, alternadamente. En psicoterapia se refiere a una estimulación en los lados izquierdo y derecho, alternadamente.

Brain Gym: Técnica de Kinesiología educativa desarrollada por Paul Dennison desde la década de 1970.

Brainspot: Es una posición ocular relevante donde la persona se conecta con un suceso importante, positivo o negativo, en su campo visual. Es un punto del cerebro porque es el cerebro el que realmente conecta hacia determinada dirección del campo visual de la persona, usándose generalmente una pared o un puntero metálico retráctil, habiendo varias maneras de localizar un *brainspot*: detectando señales reflejas en la cara del consultante, detectando miradas inconscientes hacia un lugar, a través de las sensaciones sentidas que se conectan con un punto visual, etcétera.

Contralateral: Lado contrario del cuerpo. Por ejemplo, el lado contralateral de tu mano derecha es el lado izquierdo.

Cun: Para la localización de los puntos de acupuntura no se pueden utilizar unidades de medida como centímetros o pulgadas porque hay muchas diferencias de tamaño entre los seres humanos. Por ello se utilizan referencias anatómicas (huesos, tendones) y medidas proporcionales o cun. Por lo que en acupuntura se toma como referencia que:

1 cun es la anchura del dedo pulgar de la mano del consultante.

1.5 cun: ancho del dedo índice y dedo corazón juntos.

2 cun: ancho del dedo índice, dedo corazón y dedo anular juntos.

3 cun: ancho del dedo índice, dedo corazón, dedo anular y dedo meñique juntos.

Division 12 de la APA: En 1993, La Division 12 (Clinical Psychology) de la APA, creó un grupo de trabajo, en los que publican un listado de los tratamientos identificados como eficaces para distintos trastornos psicológicos.

Hasta la fecha, han publicado 3 informes, de los cuales

han clasificado más de 80 tipos de tratamientos. Los mismos han sido clasificados como “fuerte, modesto o controvertido”.

DOI: (Digital Object Identifier) es un identificador único y permanente para las investigaciones de publicaciones electrónicas. Y se pueden detectar los links del Doi al final de la referencia de una investigación publicada en revista electrónica

ECA: Estudios Controlados Aleatorios. Representan las investigaciones más rigurosas y científicas —RCT en sus siglas en inglés, *Randomized Controlled Trial*—.

ECM: Músculos esternocleidomastoideos, ubicados en ambos lados del cuello, descendiendo desde atrás de la oreja hasta llegar a la intersección de las clavículas, influyendo en el esternón, clavículas y mandíbula.

EFT: Emotional Freedom Techniques (Técnicas de Liberación Emocional). Es la técnica reina de la psicología energética.

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing. La terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares descubierta en 1987 por Francine Shapiro.

EP: Energy Psychology (Psicología Energética).

Giro hacia la izquierda —de un chakra, aguja, masaje o incluso digitopuntura—, en sentido contrario a las manecillas del reloj, provocará sedación o dispersará la perturbación energética existente (exceso de energía yang).

Giro hacia la derecha —de un chakra, aguja, masaje o incluso digitopuntura—, coincidente con el sentido de las manecillas del reloj, provocará activación o reforzamiento de la energía benéfica, se le llame Chi o prana.

Havening: Terapia psicosensorial, usando información sensorial para alterar un cerebro emocionalmente traumatizado. Desarrollada por Ronald Ruden.

Kinesiología: Esta disciplina consiste en el estudio del

movimiento del cuerpo humano, englobando diferentes técnicas terapéuticas que favorecen la recuperación del organismo, tanto a nivel físico, emocional y energético, abarcando modelos que van desde lo científico hasta lo holístico.

Mecanorreceptores: Son receptores cutáneos —en la piel— para tacto y presión, mientras que en las células pilosas del oído interno se detecta la audición o vibración. Son sensores que están compuestos por terminaciones dendríticas de neuronas sensoriales secundarias que responden a estímulos mecánicos disparando potenciales de acción eléctricos; en otras palabras, son nervios periféricos que participan en la sensación y transmiten su información por medio de impulsos nerviosos. Los mecanorreceptores actúan como transductores somatosensoriales, es decir, tienen la capacidad de transformar un estímulo mecánico, químico o electromagnético en un impulso nervioso que envían a la médula espinal, que a su vez lo reenvía al tálamo y luego llega a otras zonas cerebrales del sistema nervioso central.

Metaanálisis: Metanálisis es una metodología de investigación ideada para revisar, ordenar y sintetizar los resultados de una pregunta de investigación. Surge de la necesidad de hacer revisiones más rigurosas y sistemáticas de la literatura científica; revisiones capaces de establecer conclusiones más precisas.

NAEM: Método de borrado de afecto negativo creado por Gallo y Vicenzi. Luego, ampliado y renombrado por Gallo en 2022 (Técnica MILT de Línea Media).

NREPP: Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia en los EE. UU., siendo una división de SAMHSA (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental).

Parte: Cuando nos referimos a partes de una persona estamos señalando lo que enfoques terapéuticos entienden como áreas o partes de la estructura de la personalidad de un ser humano, es decir: subpersonalidades, egos, yoes en conflicto, polaridades, fragmentos no integrados o disociados

de la persona, patrones inconscientes, etcétera.

Piezoelectricidad: Se genera por medios mecánicos: si se aplica presión sobre determinadas estructuras, éstas se polarizan en polos eléctricos positivo y negativo, y generan electricidad. El cuerpo humano es también un generador piezoeléctrico. La estructura cristalina de las moléculas de colágeno que constituyen el tejido conectivo tiene una destacada propiedad: la de ser un semiconductor de energía e información.

PNL: Programación Neuro Lingüística. Modelo desarrollado por Bandler y Grinder.

Reconsolidación de la memoria: Mecanismo neurobiológico propuesto por Ecker (2015) y que es una de las propuestas para explicar el cambio producido por la psicología energética en la recodificación de los recuerdos, a diferencia de los mecanismos de "sobreescribir" que usan otras técnicas.

Sinergia: Es todo lo que hace referencia a un fenómeno por el cual actúan en conjunto varios factores o varias influencias. En estos casos, estimulaciones en varios canales sensoriales y de ambos hemisferios cerebrales.

TAB: Touch and Breathe (Toque y Respiración). Técnica desarrollada por John Diepold y otros.

Tapping: Percutir o golpear en algún acupunto o zona del cuerpo según la frecuencia e intensidad usado en las técnicas de psicología energética.

TAT: Tapas Acupressure Technique (Técnica de Acupresión de Tapas). Fundada en 1993 por Tapas Fleming.

TCC: Terapia Cognitivo Conductual.

TEPT: Transtorno de Estrés Postraumático.

TFT: Tought Field Therapy (Terapia del Campo de Pensamiento). Fundada por Roger Callahan en la década de 1980.

TTT: Trauma Tapping Technique (Técnica de Tapping para Trauma). Desarrollada por Gunilla Hamne y Ulf Sandström.

VCT: Visual Convergence Therapy (Terapia de Convergencia Visual) de Bowan (2008).

WHEE: Wholistic Hybrid Derived EMDR EFT (Híbrido Holístico derivado de EMDR y EFT). Años después, Benor (2013), empezó a llamar **TWR** (Transformative Wholistic Reintegration) a esta técnica integrada por él.

Yang: Energía masculina o activa. Según el Taoísmo

Yin: Energía femenina o receptiva. Según el Taoísmo.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS DE MERIDIANOS, VASOS Y ACUPUNTOS ENERGÉTICOS

B: Meridiano del Bazo.

C: Meridiano del Corazón (Pericardio).

E: Meridiano del Estómago.

H: Meridiano del Hígado.

ID: Meridiano del Intestino Delgado.

IG: Meridiano del Intestino Grueso.

MC: Meridiano del Corazón (Maestro).

P: Meridiano del Pulmón.

R: Meridiano del Riñón.

TC: Meridiano del Triple Calentador.

V: Meridiano de la Vejiga.

VB: Meridiano de la Vesícula Biliar.

VC: Vaso Concepción.

VG: Vaso Gobernador.

Gráficas de meridianos

https://elenasepulveda.com/wp-content/uploads/2022/04/Poster-Meridianos.png

Otras páginas recomendables sobre gráficas de meridianos:

https://lotoblanco.com/2018/10/03/jing-luo-meridianos-ubicacion-y-recorrido/

http://uvsfajardo.sld.cu/sites/uvsfajardo.sld.cu/files/ok_04a_canales_y_colaterales2.pdf

Nota: Los acupuntos se nombran en este libro antes o después de la letra correspondiente al meridiano energético al que pertenecen. Así, el acupunto 1 del meridiano Estómago se puede representar de las siguientes dos maneras en este libro:

Primera manera: **1E**

Segunda manera: **E1**

UBICACIONES DE LOS PRINCIPALES ACUPUNTOS ENERGÉTICOS

CABEZA

20VG: Parte más alta del cráneo. (Coronilla de la cabeza), también conocido como el remolino o chakra 7.

17VG: Acupunto ubicado en el centro de la zona occipital de la cabeza y en el centro de los músculos suboccipitales que Rosenberg (2017) recomienda masajear.

VB20: (Pozos o Huecos) ubicadas a los lados de la nuca de la cabeza. Acupunto 20 del meridiano Vesícula Biliar. También conocido como "*Puertas de la consciencia*" es un punto de presión común (del meridiano de la Vesícula Biliar) utilizado para aliviar las migrañas, los dolores de cabeza, visión borrosa por cansancio, fatiga, vértigos y algunos síntomas de los resfriados.

Este punto se ubica justo atrás de la oreja y de la cabeza. Para hallarlo, busca los dos huecos a los lados de la nuca en la base del cráneo. Puedes entrelazar los dedos, ahuecar suavemente las manos en el cráneo y colocar los pulgares en los agujeros ubicados en la base del cuello.

17TC: Acupunto 17 del meridiano Triple Calentador. Su utilidad es para relajación y reducción del estrés. Punto atrás de la oreja TC Hueco atrás de la oreja (en dirección a la hipófisis).

16IG: Ubicados a los lados del cuello, al centro del músculo ECM (esternocleidomastoideo). Este músculo se encuentra desde atrás de la oreja hasta el esternón en donde convergen las dos clavículas. El músculo ECM es muy importante para Rosenberg (2017), quien afirma que estimular o masajear este músculo resuelve muchos de los dolores de cabeza (cefaleas y migrañas).

Frente

14VB: Se localiza directamente por encima de la pupila cuando los ojos miran al frente, sobre la frente, a 1 cun por encima del punto medio de la ceja. Es el punto de cruce de los meridianos de Vesícula Biliar, Yangwei Mai, Sanjiao, Estómago e Intestino Grueso. Este acupunto 14 del meridiano Vesícula Biliar coincide con una de las ubicaciones de un reflejo neurovascular de Bennet. En Brain Gym, estos puntos se estimulan para relajación.

2V: Punto del entrecejo**.** En el inicio interno de cada ceja se tienen puntos energéticos asociados al punto 2 del meridiano energético de la Vejiga.

23TC: Acupunto 23 del meridiano Triple Calentador. Hay quienes lo estimulan con masajes circulares hacia atrás, en la zona de las sienes.

ROSTRO

V1: (Acupunto 1 de la Vejiga) en el nacimiento interior de los ojos.

V2: También conocido como punto de "luces brillantes" o V2, ayuda a aliviar los dolores de cabeza ubicados en la parte frontal de la cabeza. Estos puntos de presión se ubican en las esquinas internas de los ojos, en el meridiano de la Vejiga, justo encima del párpado y en el hueso que rodea el ojo. Este punto es usado en la técnica TAT Tapas Fleming.

1VB: Punto al lado del ojo. En el ángulo externo del ojo. Inicio del meridiano energético de Vesícula Biliar.

1E: Punto bajo el ojo. En la hendidura bajo el ojo, al centro. Es el inicio del meridiano energético del Estómago.

6E: Es otro punto importante para el alivio del dolor. Se encuentra en medio de la articulación de la mandíbula, a la altura del borde inferior del lóbulo de la oreja, en el punto que se abulta cuando aprietas los dientes.

Una vez hayas localizado los puntos a ambos lados de la cara, aplica la presión con lo s pulgares durante un minuto, o

proporciona masajes circulares hacia atrás, para dispersar el dolor. Este punto es útil para tratar el dolor de mandíbula, los espasmos, los bloqueos mandibulares, el dolor de muelas en la mandíbula inferior y la hinchazón de la mejilla.

19ID: En hendidura contra el trago —protuberancia— de la oreja. Aquí termina el meridiano del Intestino Delgado.

20IG: Acupunto 20 del Intestino Grueso: a los lados izquierdo y derecho de las narinas. Es el final del meridiano Intestino Grueso.

26VG: Bajo la nariz. Este punto energético es conocido como el punto de reanimación, está localizado debajo de la nariz en la parte central, donde muchos tienen una hendidura. Es el final del Vaso Gobernador.

24VC: Bajo la boca, en el centro del mentón o barbilla. Es el final del *vaso energético Concepción*.

BRAZOS

1C: Bajo la axila. Inicio del meridiano Corazón (Pericardio).

12IG: Acupunto 12 del meridiano Intestino Delgado. Útil para reducir dolores de muelas. Habiéndolo comprobado este autor con algunas personas. Se estimula ese punto con dos dedos en forma de pinza, por delante y atrás del codo, estirando la piel hacia fuera.

MANOS

Palma o lado anterior de la mano

3ID: También conocido como **Punto Karate (PK**). El punto al lado del dedo meñique de la mano es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del intestino delgado (3ID), ubicado en el borde cubital de la mano en el pliegue de la palma cuando se cierra el puño. Este punto de acupuntura está aproximadamente a 1 pulgada por debajo del pliegue donde el dedo meñique se encuentra con la mano.

9C: Término del meridiano Corazón (Pericardio), en ángulo ungular del *dedo meñique* de la mano, en dirección al dedo anular.

1ID: Inicio del meridiano del Intestino Delgado. Al lado exterior de la uña del dedo meñique.

9MC: es el último o noveno punto de acupuntura en el meridiano *maestro corazón* del corazón, circulación-sexo, ubicado en el lado interno de la uña del *tercer dedo*.

TC1: En ángulo ungular del dedo anular de mano, en dirección al dedo meñique. Inicio del meridiano triple calentador.

1IG: En el lado de su *dedo índice* frente a su pulgar, en un punto al lado de la base de la uña. Es el inicio del meridiano energético del Intestino Grueso

11P: En el borde exterior del *pulgar* en un punto al lado de la base de la uña. Ahí termina el meridiano energético de los Pulmones

Dorso de la mano

4IG: Este es uno de los más destacados puntos de presión para aliviar el dolor. Pertenece al meridiano del Intestino Grueso. Trabaja sobre él si deseas aliviar las cefaleas, ciática, resaca, dolores de muelas y dientes, de lumbares, espalda, de cuello, de

hombros, pies, menstruales, conjuntivitis, artritis, estreñimiento, Resfriado, estornudos frecuentes, nariz taponada, ansiedad, parálisis facial, tabaquismo, depresión, golpe de frío, desmayos, afonía, aftas ("fuegos") y para mejorar la digestión.

3TC: El **punto Gama (PG)** implica tocar simultáneamente en el dorso de las manos, a 1 cm por debajo del punto central entre los nudillos a la base del dedo anular y el meñique. Es el tercer punto de acupuntura en el meridiano del triple calentador (3TC). Se le pone énfasis cuando se detecta que la persona no presenta integración cerebral de los hemisferios. Se tiene un procedimiento especial para contribuir a la integración cerebral, consistente en estimular el punto *Gamut* (Gamma o Rango) y simultáneamente realizar 9 tareas (mientras se estimula el punto Gama con *tapping*, masaje o acupresión)

TORSO (PECTORALES Y ABDOMEN)

R27: (Acupuntos Riñón 27) en izquierda y derecha bajo las clavículas. Es el punto en donde se encuentran los huesos del inicio de la clavícula, y la primera costilla. Para ubicarlo, primero, se pone el dedo en la muesca en forma de "U" entre los dos huesos de la clavícula, arriba del esternón (cerca de dónde un hombre hace nudo a su corbata). Desde esa cavidad en U se mueve el dedo índice abajo (hacia el ombligo) unos 3 centímetros, y luego se lleva ese dedo a la izquierda (o derecha) 5 cm. Ahí termina el meridiano energético del Riñón.

R25: Zona dolorosa (ZD) ubicada entre la 2ª y 3ª costillas de cada pectoral. La que más se recomienda estimular es la ubicada a la izquierda.

20VC: Glándula Timo, acupunto 20 del Vaso Concepción, bajo el centro de la intersección de las clavículas.

1MC: A pocos centímetros del pezón. Inicio del meridiano Corazón (Maestro).

21B: Punto bajo la axila. En el costado del cuerpo, a la altura de la tetilla (en los hombres) o en medio de la tira del sostén (en las mujeres), aproximadamente a 10-15 cm abajo de la axila, en el sexto espacio intercostal. Ahí termina el meridiano energético del Bazo.

14H: El punto debajo del pezón. Para los hombres, 3 cm debajo de la tetilla. Para damas, donde la piel del seno encuentra el muro del pecho. Es el término del meridiano energético del Hígado.

P1: En el borde superior de la segunda costilla, a pocos centímetros del comienzo de la axila. Inicio del meridiano Pulmones.

ESPALDA

14VG: En la "joroba" o protuberancia, es decir, en la séptima cervical.

1VG: Cóccix, al final de la columna vertebral.

1VC: Perineo o suelo pélvico, a mitad de camino entre ano y genitales.

EXTREMIDADES INFERIORES

E36: Se localiza en las extremidades inferiores, a 1 **cun** por fuera de la cresta tibial y a unos 3 cun por debajo de la interlínea de la articulación *de la rodilla*, en la inserción del tendón proximal del músculo tibial anterior. Por sus acciones específicas, es un punto muy utilizado para promover la unidad funcional Yin/Yang de la pareja Bazo-Estómago. Por ello, se utiliza en muchas patologías del ámbito digestivo, así como para promover la generación de energía (Qi) y Sangre (Xue).

El punto Zusanli se usa como modulador de la respuesta inflamatoria. Incluso se han realizado investigaciones formales sobre este punto energético.

V40: Punto atrás de la rodilla. El punto 'Comandante de Oriente'. Uno de los mejores puntos de presión para aliviar el dolor de rodilla, lumbalgia y de la ciática. Es el punto 40 del meridiano energético de la Vejiga. También se le utiliza para mejorar dolores de espalda, cadera y para acabar con la pesadez de las piernas, reduce la rigidez en la espalda, la artritis en la rodilla, las caderas y el dolor de la ciática. El punto se encuentra en la parte posterior de la rodilla, en el centro. Presione suavemente el lugar durante un minuto en cada pierna y repita todos los días o cuando sea necesario. Regula el orinar excesiva o escasamente, problemas de la próstata, eczema, prurito y alergia.

PIES

3H: Este punto de acupresión —punto 3 del meridiano Hígado— es bueno para mejorar la memoria y la concentración, estimula la claridad y el enfoque, alivia los dolores de cabeza, alivia los ojos cansados, combate las alergias, y estimula el sistema inmunológico.

Se encuentra en la parte superior del pie, donde los huesos del dedo gordo y el segundo dedo del pie se encuentran (deslízate

hacia atrás aproximadamente 2,5 cm (1 pulgada) de modo que puedas sentir el punto entre los huesos del pie). Presione este lugar suavemente durante unos minutos y luego suelte. Repita este proceso 2 o 3 veces al día durante un par de semanas.

R1: Este tratamiento repercutirá en todo el organismo, ayudando especialmente al sistema inmunológico. Con este punto también se logra acabar con las diarreas, desmayos, sed excesiva, y contribuye a reducir el miedo y angustias. Regula el orinar excesiva o escasamente.

Encuentra el punto 1 del meridiano Riñón en la planta

del pie. En primer lugar, coloca tu dedo entre el segundo y tercer huesos de los dedos respectivos. Desciende en dirección al talón y encontrarás el punto a 1/3 del camino, en la zona central.

1B: En ángulo ungular externo de dedo pulgar del pie. Inicio del meridiano Bazo.

1H: En ángulo ungular del dedo pulgar del pie, en dirección al dedo índice. Inicio del meridiano Hígado.

E45: Ángulo ungular del dedo índice del pie, en dirección al dedo medio. Termina meridiano del Estómago.

V67: En ángulo externo del dedo meñique del pie. Termina meridiano de la Vejiga.

VB44: En ángulo ungular del dedo anular del pie, en dirección al dedo meñique. Termina meridiano de la Vesícula Biliar.

27.- ACERCA DEL AUTOR

¿Quién es Juan Carlos Martínez Bernal?

A lo largo de 50 años de vida (13-03-1973) ha acumulado más de 100 reconocimientos, diplomas y constancias sobre talleres, cursos y capacitaciones diversas (recibidos e impartidos), concursos académicos, logros escolares, conferencias, congresos, ponencias, etcétera. En temáticas como Psicología (1993-1998 Licenciatura en Universidad de Colima), Terapia Gestalt (Maestría inconclusa en INTEGRO Colima 2, 2005-2008), Constelaciones Familiares (2007-2008 Diplomado en Universidad de Colima-Centro de Soluciones Sistémicas Vinculum Cor S.C.). Certificado de Competencia Laboral en el Estándar de Consejería en Adicciones (2023), avalado por la Fundación México para el Desarrollo Sustentable Humano y Social, A.C. Certificado de EFT- Tapping Nivel Básico, con el Entrenador EFT Jaime Fonte. Varios cursos y talleres recibidos sobre PNL; Sistema Penitenciario; Farmacodependencia y Programas de Desintoxicación; Violencia de Género y Masculinidades; Terapia de Contención, Psicología Energética, Intervención en Crisis y Salud mental, entre otros.

Su experiencia laboral ha sido desarrollada principalmente en el Centro de Investigación y Seguridad Nacional (CISEN, Secretaría de Gobernación de México); y en el Centro de Reinserción Social (CERESO) de Manzanillo, Colima, México (2002 a la fecha, siendo Excoordinador de Psicología y actualmente Coordinador de un Programa de Desintoxicación en Adicciones). También, como practicante/voluntario en Centros

de Integración Juvenil (CIJ) contra la farmacodependencia. Orientación Vocacional en Universidad de Colima. Así como en la impartición de docencia en una universidad privada y en 3 Colegios privados.

Escritor de multitud de artículos divulgativos sobre temas psicológicos y terapéuticos, en diario 'Panorama' (Colima, México, 2004-2005), webs como www.Mundogestalt.com (2003-2009), y más de 130 posts en Blogger, de 2010 a 2023.

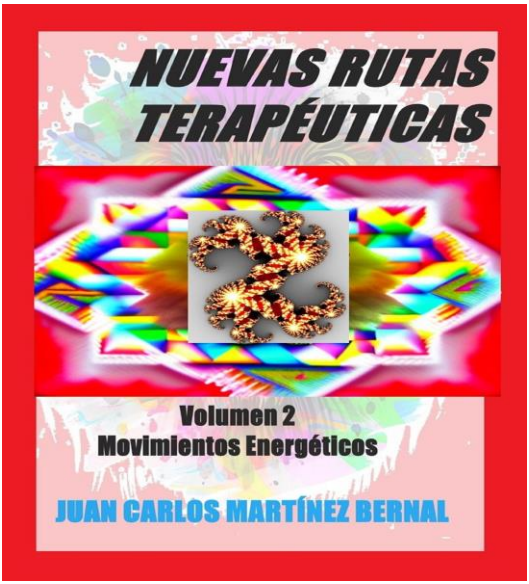
Autor de otros **24** libros publicados de manera independiente en más de 20 plataformas en línea, con cerca de 3 mil libros distribuidos, más de 1900 de ellos vendidos y los demás adquiridos en promociones gratuitas. Ha logrado hasta el momento 20 Best Sellers en 20 libros diferentes, así como más de 110 reseñas y/o calificaciones.

Su libro más destacado es '**Teoría Polivagal Práctica y Terapia'**, siendo Best Seller internacional en 4 países (Estados Unidos, México, Canadá y Brasil), con ventas de más de 1300 libros impresos y electrónicos en la plataforma Amazon.

LECTOR: Si te gustó este libro te agradecería muchísimo si me retroalimentas con una calificación de estrellitas en Amazon o me escribas ahí unas breves palabras. Gracias por tu tiempo invertido en este libro.

¿QUIERES APRENDER MÁS O NO ENTIENDES DEL TODO ALGUNOS TÉRMINOS DEL LIBRO?

CONSIGUE LAS VERSIONES AMPLIADAS Y COMPLETAS DE ESTA SERIE: LOS VOLÚMENES 1 Y 2:



***EXTRA:**

Visita mi canal en You Tube **JC BERNAL**

https://www.youtube.com/@bernal27

Donde estaré subiendo videos relacionados con este y otros de mis libros.